II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**
**CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE**
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Santa Maria, RS, Brasil

**Tema oficial**
"Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde"

**Promoção**
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Curso de Graduação em Enfermagem
Departamento de Ciências da Saúde – Campus Palmeiras das Missões
Hospital Universitário de Santa Maria

**Apoio**
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

**Organização**
PROMOVE EVENTOS

Local
Park Hotel Morotin
RST 287 - km 6,2 - Bairro Camobi
CEP 97110-620
Santa Maria, RS
Brasil

# COMISSÃO ORGANIZADORA

## Comissão de Presidência do Programa Científico

**II Seminário Internacional: Tecendo redes na Enfermagem e na Saúde**
Profª Drª Stela Maris de Mello Padoin e Profª Drª Marlene Gomes Terra

**IX Semana de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**
Enfª Ms Soeli Teresinha Guerra e Enfª Esp. Noeli Terezinha Landerdahl

## Comissão Organizadora do Programa Científico

Profª Drª Stela Maris de Mello Padoin
Profª Drª Marlene Gomes Terra
Profª Drª Silviamar Camponogara
Profª Drª Tânia Bosi de Souza Magnago
Profª Drª Eliane Tatsch Neves
Profª Drª Cristiane Cardoso de Paula
Prof Dr Luis Anildo Anacleto da Silva
Profª Drª Marta Cocco
Profª Ms Neida Luiza Kaspary Pellenz
Enfª Ms Soeli Teresinha Guerra
Enfª Esp. Noeli Terezinha Landerdahl
Enfº Ms Samuel Spiegelberg Zuge
Enfª Md Maressa Claudia De Marchi
Enfª Msd Renata Bubadué

**Comissão Infra-estrutura**

Profª Drª Tânia Solange Bosi de Souza Magnago - Coordenadora
Profª Ddª Neida Pellenz
Enfª Esp. Noeli Landerdahl

**Comissão Finanças**

Enfª Esp. Noeli Landerdahl – Coordenadora
Profª Drª Marta Cocco
Profª Ddª Andressa de Andrade
Enfª Lurdes Panciera

**Comissão de Saúde**

Enfª Esp. Noeli Landerdahl – Coordenadora
Enfº Ricardo Germano Lied
Enfª Rosângela Marques Machado
Enfª Helena Carolina Noal

**Comissão de recepção, acolhimento (Social, de Recepção e Hospedagem)**

Profª Drª Sadja Cristina Tassinari Mostardeiro de Souza – Coordenadora
Profª Ddª Neida Pellenz
Enfª Mdª Keity Laís Siepmann Soccol
Enfª Mdª Mariane Xavier
Enfª Mdª Gabriela Zennaty Ely

**Comissão Secretaria**

Profª Drª Tânia Solange Bossi Magnago – Coordenadora
Profª Ddª Susane Constantino
Profª Ddª Maria da Graça Soler
Enfª Noeli Maria Birk
Enfª Ms Anamarta Sbeghen Cervo

**Comissão de Divulgação, Comunicação**

Profª Drª Suzinara Beatriz Soares de Lima – Coordenadora
Enfª Ms Soeli Teresinha Guerra
Profª Drª Janice de Moraes Blois
Prof Dr Luis Anildo Anacleto da Silva
Profª Ddª Leila Hildebrandt

**Comissão de Apoio Interinstitucional**

Profª Dra Isabel Cristina Cunha
Profª Drª Janine Schirmer
Profª Drª Márcia Ferreira Assunção
Drª Ivis Emília de Oliveira Souza
Profª Drª Vânia Marli Schubert Backes
Enfª Ms Soeli Teresinha Guerra
Enfª Esp. Noeli Terezinha Landerdahl
Sociólogo Ms Rodrigo Silva Jardim
Flávia Etges Rodrigues Gepiak

## Comissão de Monitoria

Profª Drª Tânia Solange Bosi de Souza Magnago - Coordenadora

### Mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Angela Maria Naidon
Bruna Sodré Simon
Bruna Stamm
Camila Neumaier Alves
Camila Nunes Barreto
Caren da Silva Jacobi
Clarissa Bohrer da Silva
Éder Luis Arboit
Elisa Vanessa Heisler
Fernanda Almeida Fettermann
Franscislene Lopes Menezes
Graciele Erthal
Keity Laís Siepmann Soccol
Kellen Cervo Zamberlan
Laís Antunes Wilhelm
Laura Ferreira Cortes
Maressa Claudia de Marchi
Natiellen Quatrin Freitas
Rhea Silvia de Avila Soares
Roger Rodrigues Peres
Sabrina Gonçalves Aguiar Soares
Susan Bublitz
Thais Picolin Sangoi
Valquíria Toledo Souto

### Acadêmicos de Enfermagem

Alana Machado
Bruna da Rosa
Bruna Chagas
Carla de Oliveira
Caroline Santini
Dyan Jamilles
Fernanda Filter
Franciele Vilanova Ribeiro
Giovani Rodrigo
Jamile Bruinsma
Joze Karlem
Julia da Silva
Juliana Santos
Kelen Ponpeu
Laís Rosso
Larissa Venturini
Mariane Barbosa
Mariane da Silva
Natanna da Rosa
Raíssa Vasconcelos
Rubia Gehlen
Thainá da Silva
Tierle Ramos
Tifany Leal

## AVALIADORES *AD-HOC*

Adrieli Pivetta
Anali Martegani Ferreira
Andrea Moreira Arrué
Annie Jeanninne Bisso Lacchini
Barbara Letícia Dudel Mayer
Bruna Parnov Machado
Bruna Sodré Simon
Camila Castro Roso
Carmem Lúcia Colomé Beck
Carolina Carbonell dos Santos
Cecília Maria Brondani
Crhis Netto de Brum
Cristiane Trivisiol da Silva
Dalva Cezar da Silva
Danilo Bertasso Ribeiro
Dilce Peres do Carmo
Elisa Vanessa Heisler
Elisabeta Albertina Nietsche
Etiane de Oliveira Freitas
Fernanda Almeida Fettermann
Fernanda Beheregaray Cabral
Fernanda Franceschi de Freitas
Fernanda Sarturi
Francislene Lopes Menezes
Gabriela Fávero Alberti
Graciele Erthal
Helena Carolina Noal
Hilda Maria Barbosa de Freitas
Izabel Cristina Hoffmann
Janice de Moraes Blois
Juliana Petri Tavares
Juliane Umann
Laura Ferreira Cortes
Márcia Gabriela Rodrigues de Lima
Marciele Moreira da Silva
Margrid Beuter
Maria de Lourdes Denardin Budó
Maria Denise Schimith
Marinês Tambara Leite
Marlene Gomes Terra
Marli Maria Loro
Nara Marilene O. Girardon Perlini
Onélia da Costa Pedro Cordenuzzi
Patricia Bitencourt Toscani Greco
Raquel Potter Garcia
Raquel Soares Kirchhof
Rodrigo Marques da Silva
Roger Rodrigues Peres
Rosana Huppes Engel
Rozelaine Maria Busanello
Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz
Sandra Ost R.Martins Carvalho
Silviamar Camponogara
Stefanie Griebler
Stela Maris de Mello Padoin
Suzinara Beatriz Soares de Lima
Tânia bosi de Souza Magnago
Tassiane Ferreira Langendorf
Teresinha Heck Weiller

## AVALIADORES *AD-HOC DE ARTIGOS CIENTÍFICOS*

Luiz Anildo Anacleto da Silva
Letícia Becker Vieira
Aline Cammarano Ribeiro
Dirce Stein Backes
Elizabeth Teixeira
Ivis Emília de Oliveira Souza
Lygia Paim
Maria Ribeiro Lacerda
Maria Tereza Leopardi
Rafaela Andolhe
Rosângela Marion da Silva
Vânia Marli Schubert Backes

# ANAIS

## Organizadores anais

**- Profª Drª Silviamar Camponogara**
**- Profª Drª Tânia Solange Bosi de Souza Magnago**

**- Enfª Md Camila Nunes Barreto**
**- Enfª Md Kellen Cervo Zamberlan**
**- Enfª Md Maressa Claudia de Marchi**
**- Enfº Md Roger Rodrigues Peres**
**- Enfª Md Sabrina Gonçalves Aguiar Soares**

S471a Seminário Internacional Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde (2. : 2013 : Santa Maria, RS)
Anais / II Seminário Internacional Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde, IX Semana de Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria, 25 a 27 de setembro de 2013 ; organizadores Silviamar Camponogara ... [et al.]. – Santa Maria : UFSM, CCS, CESNORS, HUSM, 2013.
1953 p. ; 30 cm

1. Enfermagem 2. Trabalho 3. Eventos
I. Semana de Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria (9. : 2013 : Santa Maria, RS)
II. Camponogara, Silviamar III. Título

CDU 616-083(063)

Ficha catalográfica elaborada por Maristela Eckhardt - CRB-10/737
Biblioteca Central da UFSM

**Observação: o conteúdo dos trabalhos é de inteira responsabilidade dos autores.**

# APRESENTAÇÃO

*Excelentíssimos Enfermeira Soeli Terezinha Guerra, Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM); Dr. Paulo Burmann Diretor do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e Reitor Eleito da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); Dr. Dalvan José Reinert Reitor em Exercício, em nome do qual cumprimento também as demais autoridades presentes ou representadas.*

*Caros Colegas! Profissionais da área da Saúde, Enfermeiras/os, Docentes e Técnicos Administrativos das Escolas de Enfermagem de Santa Maria, bem como dos demais municípios do Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina, Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Goiás, Rio Grande do Norte: sentimo-nos honradas com a participação de todos. Registramos a presença da Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem Nacional (ABEn), Drª Ivone Evangelista Cabral, assim como os demais convidados para esta solenidade de Abertura do II Seminário Internacional e IX Semana de Enfermagem da UFSM.*

***Senhoras e Senhores!***

*O Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) e os dois Cursos de Graduação em Enfermagem da UFSM (Santa Maria e Palmeira das Missões do Estado do Rio Grande do Sul/RS, Brasil), com a missão de formar, capacitar e aperfeiçoar Enfermeiras/os e Profissionais da área da saúde, juntamente com o HUSM, tem a imensa satisfação de receber, em Santa Maria, os 654 profissionais e estudantes inscritos para este evento, vindos de 67 municípios do RS e de 7 Estados do nosso País, além de nossos Palestrantes vindos do Canadá, Colômbia e Portugal, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Norte para mais um encontro. Estamos imensamente honrados e felizes com a presença de todos, o que tornará, sem dúvida, este Evento um sucesso que irá marcar a história de nossas Escolas e da Enfermagem do RS.*

*Trata-se do II Seminário Internacional e IX Semana de Enfermagem da UFSM, que coincide com os gloriosos festejos de comemoração da Revolução Farroupilha no RS e do Dia do Gaúcho, que nos inspirou na indumentária e nos instiga a novas "façanhas de modelo a toda terra". A nossa missão é a de reunir periodicamente as Instituições de Ensino e de Assistência, públicas ou privadas, mas todas elas com objetivos idênticos de qualidade, na formação e na educação permanente para o exercício da profissão.*

*Nesse encontro, temas de interesse comum serão discutidos e experiências serão trocadas entre os participantes, com vistas a intensificar o relacionamento com outras Universidades do nosso País e de outros Países. Além disto, pretende-se criar fóruns de discussão de interesses comuns, o que contribuirá para aproximar os profissionais e estudantes de graduação e de pós-graduação. Temos entre nós especialistas e pesquisadores de diferentes países e quase 70 municípios nacionais. Ao todo serão realizadas pelo menos 25 atividades, entre as quais: palestras, reuniões de interesse, visitas técnicas, Defesas de Dissertações de Mestrado do PPGEnf/UFSM, Exame de Qualificação do Doutorado do DINTER Novas Fronteiras, cursos e mesas redondas, além dos 360 painéis que serão apresentados pelos participantes.*

*Buscamos dar um tom de formação e de discussão política entre temas emergentes e antigos como: pesquisa qualitativa, ética, lesões de pele, gestão de risco e segurança do paciente, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), relações interpessoais no trabalho, regulamentação do trabalho, Ciências sem Fronteiras e mundo globalizado. Todos intimamente interrelacionados e com um fio condutor com vistas à tessitura de uma Rede. Por isso o tema: "Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde".*

*A sociedade brasileira e mundial tem se tornado cada vez mais exigente com relação à qualidade de saúde, o que tem se traduzido em (re)novadas e diversificadas demandas. Temos tentado dar respostas e parece unanime a compreensão de que a formação de redes na formação, na pesquisa e na assistência assume importância muito particular, como ferramentas para responder as necessidades atuais e aos desafios, de antigas e novas*

*realidades no âmbito mundial, como questões que integram o fenômeno da globalização que é inexorável e irreversível.*

*Nesse contexto, a formação e a educação permanente têm papel fundamental vinculado a responsabilidade das universidades na construção de novos conhecimentos, tecnologias e inovação no campo da saúde. No entanto, necessita existir parceria e cumplicidade, sendo que a articulação internacional é tão importante quanto a preciosa articulação interna em nosso país. Nesse sentido, é que a comissão que propiciou a organização desse evento está investindo e assume uma dimensão importante mediante as possibilidades de troca de experiências, de discussão, de reflexão. Deflagra-se um momento de conspiração, ajustes nos objetivos, programação de futuro e de definição de prioridades.*

*O Tema REDES não podia ser mais atual. Ultimamente, temos ouvido falar muito em redes das mais variadas expressões. Também, temos acompanhado a elevada produção de conhecimentos e interesse de análise das redes nas organizações, das redes sociais, no setor público, na assistência a saúde. A autora Amaral nos instiga a pensar no nosso cotidiano com foco nas relações que sustentam nosso dia a dia: na vida escolar, das atividades de manutenção do lar e da família, do trabalho. O que todas essas redes têm em comum é a forma como os elementos se constituem, entorno de objetivos comuns.*

*Do ponto de vista morfológico nos lembramos de rede de pescar, de crochê, de tricô e assim por diante. De nó em nó, de ponto em ponto uma conexão no nosso contexto e conexões entre pessoas e instituições. Onde se deve articular entes diferentes por meio de afinidades existentes, abertas para as informações multidirecionadas, com elementos autônomos que funcionam de forma interdependente, policêntricas, múltiplos níveis de organização. Uma questão fundamental, comunicação não linear e instável, um campo de relação em que as pessoas estão no centro do processo. Por isso, depende do engajamento de pessoas e da disposição para a comunicação.*

*Então, nosso objetivo também é discutir de que forma poderemos e deveremos contribuir para que, diante da diversidade dos grupos, comunidades e instituições, possamos intencionalmente acionar as potencialidades do encontro humano, permeado pela reciprocidade, confiança e criatividade. Para que? Para construirmos um mundo melhor, um mundo da saúde melhor, um sistema melhor que transcendem nossas organizações e nossos países e que implique na redução de todas as desigualdades como determinantes sociais da saúde de cada cidadão.*

*Prezados, nesse momento oportuno, peço licença para referir-me a aprovação do nosso Curso de Doutorado em Enfermagem da UFSM. Em nome de todas as Docentes do Departamento de Enfermagem gostaríamos de agradecer a todos que se construíram a história da Enfermagem da UFSM, em seus poucos 37 anos, docentes, técnicos administrativos em educação, egressos, acadêmicos, mestres e mestrandos, verdadeiros aguerridos, bravos e virtuosos gaúchos/as. Lembrando de enaltecer aquelas que compõem o corpo docente do PPGEnf nos seus três triênios, sob a Coordenação das Professoras Dra Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra Adelina Giacomelli Prochnow, Dra Laura de Azevedo Guido, Dra Lúcia Beatriz Ressel e na gestão atual a Parceira Dra Marlene Gomes Terra.*

*Mas, é preciso e queremos agradecer as Redes de Cooperação que já formamos desde a REPENSUL na década de 90 com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o Programa de Qualificação Interinstitucional (PQI) na década de 2000 com a Escola Enfermagem Anna Nery (EEAN)/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a UFSC e mais recentemente o Doutorado Interinstitucional (DINTER) Novas Fronteiras com Escola Paulista de Enfermagem (EPE)/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a EEAN/UFRJ. Certamente essa conquista é produto dessas parcerias, é de todos nós, é da Enfermagem Brasileira.*

*Estou finalizando, e desejo também agradecer às pratas da casa: aquelas pessoas que participaram da organização desse evento, os mais de 20 monitores da graduação e 17*

*mestrandos bolsitas do PPGEnf. A todos externamos nosso respeito, nossa admiração, nossos cumprimentos e nosso agradecimentos. Vocês foram incansáveis batalhadores pela organização e pelo bom funcionamento das atividades desse Evento.*

*Ainda, quero agradecer a todas as entidades que apoiaram este II Seminário Internacional principalmente a Direção do CCS e a do HUSM, a CAPES, dentre muitos outros que colaboraram as quais deixo de citar aqui para não me alongar demais. Não posso terminar sem agradecer a PROMOVE, empresa responsável pela organização desse evento, e os patrocínios da indústria farmacêutica e outras disponibilizaram sem os quais seria muito mais difícil de realizá-lo.*

*Finalmente, externo o meu mais profundo desejo de que este II Seminário Internacional "Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde" e IX Semana de Enfermagem da UFSM atinja seus objetivos, alcance um excelente aproveitamento dos temas que serão debatidos e supere as expectativas de todos aqui presentes, que com entusiasmo aderiram a esta iniciativa acreditando e apoiando na sua realização.*

*Diante disto, só me resta, mais uma vez, agradecer a presença de todos e dar as boas vindas aos participantes deste II Seminário Internacional "Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde" e IX Semana de Enfermagem da UFSM. Convidando-os a apreciar, também, a beleza de nosso município de Santa Maria que é vizinho da Quarta Colônia, da nossa querida Universidade Federal de Santa Maria, de sua velha Estação Férrea e de seu Teatro Treze de Maio.*

*Um abraço a todas e todos.*

*Profª Drª Stela Maris de Mello Padoin*

*O II Seminário Internacional, juntamente com a IX Semana de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria que teve como tema central "Tecendo Redes na Enfermagem e Saúde", promovido pela UFSM, realizado pelo CCS e Hospital Universitário de Santa Maria, contou com o apoio da Capes e da Aben. Sua relevância consistiu em estimular e garantir atualização, discussão e socialização do conhecimento que possa traduzir-se em ações reflexivas de sua práxis pela busca de novas noções. Entendemos que compete à academia, de modo continuado, promover eventos que congreguem a comunidade científica e impliquem na socialização do conhecimento gerado nos bancos acadêmicos, assim como, suscitar a compreensão crítica do trabalho, suas transformações, seu sentido e implicações para o desenvolvimento humano em todas as suas dimensões, atuando como vetor para construção de uma sociedade solidária, sustentável e justa.*

*Entendo ser papel social da enfermagem perpetrar com que eventos como este constituam-se numa importante fronteira, seja para a construção de novos conhecimentos a partir de discussões e reflexões conduzidas ao meio acadêmico e profissional, seja pela indignação reflexiva que provocamos como entes sociais preocupados com a formação de profissionais melhor qualificados, propositores de ações efetivas e capazes de impactar nas mudanças necessárias para maior valorização da saúde e da vida das pessoas. Por fim, entende-se ser esta a função central da universidade brasileira: Prover as condições para que o conhecimento ultrapasse, vá para além de suas fronteiras e se dissemine onde, de fato, ele faz, necessariamente, diferença.*

*Enfª Ms Soeli Teresinha Guerra*

Para edição de 2013 a Comissão Organizadora do Evento oferecerá os prêmios para os artigos originais, ou seja àquelas contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica, original, inédita e concluída.

**1º Prêmio:** "**Professora Leopoldina Vieira da Silva**", homenagem a primeira coordenadora do Curso de Graduação de Enfermagem, que será conferido pelo Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria ao melhor trabalho que esteja relacionado a área de formação, educação, trabalho e gestão.

**2º Prêmio:** "**Professora Lia Rauber da Silva**", homenagem a primeira coordenadora da Pós-Graduação do Curdo de Especialização da Rede de Enfermagem da região Sul, que será conferido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, ao melhor trabalho apresentado de dissertação e/ou doutorado que contribua na produção do conhecimento em prol da ciência em enfermagem em qualquer área temática.

**3º Prêmio:** "**Enfermeira Ione Rocha Lobato**", homenagem a primeira diretora de Enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria, que será conferido pela Direção de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria ao melhor trabalho que contribua com o cuidado, segurança do paciente, sistematização da assistência de enfermagem.




**PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA DO EVENTO**

# MINICURSOS PRÉ-EVENTO

## Quarta-feira | 25.09.2013 | 9h às 15h | UFSM

### MINICURSOS

**ÉTICA E BIOÉTICA** (60 vagas)

Prof. Dr. Franco Carnevale – Canadá
Coordenadora: Drª Eliane Tastch Neves

**PESQUISA QUALITATIVA** (100 vagas)

Prof. Dr. Michel Perreault - Canadá
Coordenadora: Drª Elisabeta Albertina Nietsche

**LESÕES DE PELE** (100 vagas)

Profª Drª Katia Furtado - Portugal
Profª Msc. Mara Blanck – SOBENFeE/Brasil
Coordenadora: Drª Neida Pellens

**PRODUÇÃO DE ARTIGOS** (100 vagas)

Profª Drª Maria Ribeiro Lacerda
Profª Drª Ana Lúcia Kirchoff
Coordenadora: Drª Carmem Lúcia Colomé Becker

# EVENTO

## Quarta-feira | 25.09.2013

### VISITAS TÉCNICAS

9h às 11h
14h às 16h
20 vagas por turma

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM)**

Coordenadora: Enfª MSc Soeli Teresinha Guerra
Enfª Esp. Noeli Terezinha Landerdahl
Enfª Noeli Maria Birk
Enfª Mdª Renata Bubadué (Tradutora)
Ac. Enfª Franciele Ribeiro (Tradutora)

**SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAUDE DE SANTA MARIA**

a confirmar

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria

25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

## Quarta-feira | 25.09.2013 | Park Hotel Morotin

**14:00 – 19:00** CREDENCIAMENTO

**15:30 – 17:30** FÓRUNS DE INTERESSE

FÓRUM DA PÓS-GRADUAÇÃO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
Coordenação: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS

FÓRUM DAS ESCOLAS DE GRADUAÇÃO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
Coordenação: Associação Brasileira de Enfermagem/Seção Rio Grande do Sul

**19:00 – 19:30** ABERTURA OFICIAL

**19:30 – 20:30** CONFERÊNCIA DE ABERTURA

TECENDO REDES NA ENFERMAGEM E NA SAÚDE
Profª Drª Ivone Evangelista Cabral – Presidente ABEn Nacional
Coordenadora: Profª Drª Eliane Tatsch Neves e Enfª MSc Soeli Teresinha Guerra

**20:30 – 21:00** MOMENTO ARTÍSTICO-CULTURAL

DANÇA TÍPICA GAÚCHA
Centro de Tradições Gaúchas

**21:00** COQUETEL

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria

25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

## Quinta-feira | 26.09.2013 | Park Hotel Morotin

### MESAS-REDONDAS

09:00 – 11:00

**ENFERMAGEM NO MUNDO GLOBALIZADO E O MERCADO DE TRABALHO**

Profª Drª Carmen Silvia Gabriel – EERP/USP/SP
Profª Drª Gloria Montenegro – Argentina
Prof. Dr. Franco Carnevale – Canadá
Profª Drª Sandra Catalina – Colômbia
Coordenadora: Profª Drª Marlene Gomes Terra e Enfª Ddª Rosângela Marion da Silva
Tradução: Enfª Mdª Renata Bubadué

14:00 – 16:00

**A CONSTRUÇÃO DE REDES NA SAÚDE: FORMAÇÃO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA**

Assistência: Prof. Dr. João Aprígio Guerra de Almeida – IFF/FIOCRUZ/RJ
Pesquisa: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha – EERP/USP/SP
Formação: Profª Drª Ivis Emília de Oliveira Souza – EEAN/UFRJ/RJ
Profª Drª Vânia Marli Schubert Backes – PEN/UFSC/SC
Profª Drª Janine Schirmer – EPE/UNIFESP/SP
Órgãos de fomento: Prof. Dr. Hélio Leães Hey –PRPGP/UFSM/RS
Coordenação: Profª Drª Stela Maris de Mello Padoin e Enfª Ddª Izabel Cristina Hoffmann

16:00 – 16:30 COFFEE BREAK

16:30 **APRESENTAÇÕES DE TRABALHOS**

**SESSÕES COORDENADAS/PÔSTER DIALOGADO**

Apresentações dos trabalhos aprovados na modalidade oral
(Salão Principal dividido em rodas - 1, 2, 3)

## Quinta-feira | 26.09.2013 | UFSM

16:30 **REUNIÕES DE INTERESSE** *

25 vagas por reunião

### CUIDAR EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: CRIANES

Dr. Franco Carnevale – Canadá
Drª Ivone Evangelista Cabral – EEAN/UFRJ
Coordenação: Profª Drª Eliane Tatsh Neves

### REDES A PARTIR DO PROGRAMA CIÊNCIAS SEM FRONTEIRAS

Prof. Dr. Nei Pippi - SAI/UFSM
Coordenação: Enfª Mdª Renata Bubadué

### ÚLCERAS VARICOSAS

Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres - UFRN
Coordenação: Profª Drª Maria de Lourdes Denardin Budó

### BANCO DE LEITE HUMANO

Prof. Dr. João Aprígio Guerra de Almeida - EFF/FIOCRUZ
Coordenação: Profª Drª Angela Maciel Weinmann - UFSM/UFRN

*outras reuniões de interesse podem ser agendadas e as inscrições acontecerão durante o evento

## Sexta-feira | 27.09.2013 | Park Hotel Morotin

08:30 – 09:20 **CONFERÊNCIA**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM**
**NOVAS TECNOLOGIAS E SUA APLICABILIDADE**

Prof. Dr. Marcos Brandão –EEAN/UFRJ
Coordenação: Enfª Rozelaine Buzanello e Profª Drª Suzinara Soares de Lima

09:30 – 11:30 **MESA-REDONDA**

**REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO: AVANÇOS E PERSPECTIVAS**

Profª Drª Ivone Evangelista Cabral – Presidente ABEn Nacional
Profª Drª Cleide Mazuela – COFEn
Coordenação: Profª Drª Maria Ribeiro Lacerda e Enfª MSc Soeli Teresinha Guerra

**CONFERÊNCIAS**

13:30 – 14:30

**ABORDAGEM SOCIAL DA SAÚDE: INCLUSÃO DOS DETERMINANTES DE SAÚDE**

Prof. Dr. Michel Perreault – Canadá
Coordenação: Profª Drª Maria de Lourdes D. Budó e Enfª MSc Darieli G. Resta

14:30 – 15:30

**GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO PACIENTE: IMPLICAÇÃO DAS REDES**

Profª Drª Elena Bohomol – UNIFESP/SP
Coordenação: Profª Drª Tânia Bosi de S.Magnago e Enfª Esp. Noeli T. Landerdhal

15:30 – 16:00 COFFEE BREAK

16:00 – 17:00 **CONFERÊNCIA**

**CUIDADO E RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO TRABALHO**

Profª Drª Maria Julia Paes da Silva
Coordenação: Profª Drª Silviamar Camponogara Prof. Dr. Luiz Anildo A. da Silva

17:30 **ENCERRAMENTO**

**SESSÃO DE PREMIAÇÃO DE TRABALHOS**

Coordenação: Presidência do Evento

# SUMÁRIO

MODALIDADE TRABALHO COMPLETO.....24
MODALIDADE RESUMO EXPANDIDO.....1033
MODALIDADE RESUMO ARTIGOS.....1910

# MODALIDADE TRABALHO COMPLETO

# PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: INSTRUMENTO DE ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

# INDIVIDUAL THERAPEUTIC PROJECT: ORGANIZATION TOOL OF CARE IN A STRATEGY FOR THE FAMILY HEALTH.

# PROYECTO TERAPÉUTICO SINGULAR: INSTRUMENTO DE ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO EN UNA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

GEHLEN, Rubia Geovana Smaniotto[1]
KISTER, Danimara Rocheli Iauer[2]
BORTOLI, Vanessa da Silva[2]
HIRT, Maiara Carmosina[2]
SARZI, Diana Mara[3]
ROESSLER, Gabriela Andreatta[3]
DAL PAI, Sandra[3]
CONDORIMAY-TACSI, Yolanda[4]

1Relatora do trabalho. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS, Brasil. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem. Email: rubiageovana@hotmail.com
2 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS, Brasil. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem.
3 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS, Brasil.
4 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS, Brasil.

**Resumo: Introdução:** O presente constitui-se em um relato de vivências realizado por acadêmicas de Enfermagem da UFSM/CESNORS durante atividades de práxis em que se construiu um Projeto Terapêutico Singular (PTS) à uma família cuja situação demandava cuidados complexos. **Objetivo:** Descrever a construção e implementação de um PTS nos seus cinco momentos a uma família. **Metodologia:** Tal atividade decorreu no primeiro semestre letivo de 2013, durante a disciplina de Enfermagem na Administração dos Serviços de Saúde II e Estágio Supervisionado I desenvolvidas em uma ESF, município da região Norte do RS. **Resultados:** Os resultados são apresentados nos cinco momentos que compõe o PTS: *diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades, negociação e reavaliação.* **Conclusão:** O PTS constituiu-se em uma importante ferramenta do cuidado

e organização do trabalho, que possibilitou o protagonismo do sujeito e da família no processo de evolução do quadro clínico, social e emocional.

**Descritores:** Atenção primária á Saúde; Assistência de Enfermagem; Cuidados Domiciliares de Saúde; Vínculo; Enfermagem.

**Abstract: Background**: The presente paper consists of a life report carried out by Nursing students of UFSM/CESNORS during the praxis activities in which it was built an Individual Therapeutic Project (ITP) to a family whose situation requires complex cares. **Objective:**To describe the construction and implementation ofan ITP in its five moments in a family. **Methodology:** The activity occured in the first semester of 2013 during the subject Nursing and Management of the Health Services II and Supervised internship I, developed in an ESF in a municipality of the North of RS. **Results:** The results are presented in the five moments which compose the ITP: *diagnosis, goals definition, responsibilities division, negotiation and re-evaluation.* **Conclusion:** The ITP consists of an important tool of care and work organization, which enabled the subject and the family as protagonists in the evolution process of the clinical, emotional and social situation.

**Descriptors**: Primary Attention to the Health; Nursing Assistence; Health Home Cares; Bond; Nursing.

**Resumen: Introducción:** Este trabajo es un relato de vivencia realizado por Estudiantes de Enfermería de la UFSM/CESNORS durante las actividades practicas, donde se construyo un Proyecto Terapéutico Singular (PTS) a una familia cuya situación demandaba cuidados complejos. **Objetivo:** Describir la construcción e implementación de un PTS en sus cinco momentos a una familia. **Metodología:** Esta actividad corresponde al primer semestre lectivo de 2013, durante el curso de Enfermería de la Administración de los Servicios de Salud II y Practicas Supervisadas I, desarrolladas en una ESF, en la región Norte de RS. **Resultados:** Los resultados son presentados en cinco momentos que compone el PTS: *diagnóstico, definición de metas, división de responsabilidades, negociación e reevaluación.* **Conclusión:** El PTS se constituye en una importante herramienta de cuidado y organización del trabajo, que posibilita el protagonismo del sujeto y de la familia en el proceso de evolución del cuadro clínico, social y emocional.

**Descriptores:** Atención primaria de Salud; Atención de Enfermería; Atención Domiciliaria de
Salud; Vínculo; Enfermería.

**INTRODUÇÃO**

Este trabalho se constitui em um relato de vivências realizado por acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões/RS durante as atividades do Estágio Supervisionado I e disciplina de Administração nos serviços de saúde II em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município da região Norte do Rio Grande do Sul. Dentre as atividades propostas pela disciplina, uma delas foi a construção e implementação de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) à uma das famílias pertencentes à unidade, visto que o mesmo constitui-se numa ferramenta de produção e promoção do cuidado visando a singularidade do sujeito, além de se constituir em uma estratégia para a organização do trabalho da equipe nos serviços de saúde. Uma vez definida a família em conjunto com a equipe de saúde da ESF, iniciou-se o processo de formação do vínculo entre os acadêmicos, equipe e família, uma vez que este cria uma relação de compromisso e co- responsabilidade entre os sujeitos envolvidos, possibilitando uma relação singular e a produção de um cuidado condizente com a realidade do sujeito assistido. Schrank e Olschowsky[1] salientam que o estabelecimento do vínculo permite uma atuação da equipe de saúde mais sensível para a escuta, para a compreensão de pontos de vulnerabilidade e favorece ainda a construção de intervenções terapêuticas individuais e na convocação da família para assumir a responsabilidade do cuidado do sujeito central em conjunto com a equipe, construindo assim uma responsabilização e um cuidado coletivo. Já no que tange o PTS, destaca- se que este é definido como *"um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário"* [2] (p.40). Ele é utilizado para situações mais complexas ou de risco, onde toda a equipe multidisciplinar se reúne e discute junto os casos mais críticos da sua unidade e que necessitam de um PTS, onde juntos definem as propostas de ações[2]. Carvalho e Cunha[3] ressaltam que a utilização do nome "Projeto Terapêutico Singular" em lugar de "Projeto Terapêutico Individual", vem dar a ênfase que o mesmo pode ser feito para grupos ou famílias, e não somente para indivíduos, onde a singularidade constitui-se o elemento central. O PTS pode ser classificado em cinco momentos: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades, a negociação e a reavaliação. Este primeira refere-se a uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Já o segundo momento citado diz que, uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor. A divisão de responsabilidades é importante para definir as tarefas de cada um com clareza, e é nesse sentido que ela se vale. Na negociação, as respostas produzidas pela equipe, por mais que sejam resultados do conhecimento e do vínculo com o usuário, precisam ser pactuadas levando em conta suas singularidades. A reavaliação, o ultimo momento, é o que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo[2;3]. **Objetivo:** Frente ao exposto, o presente tem por objetivo

descrever a construção e implementação de um PTS nas suas cinco etapas a uma família referenciada pela Estratégia de Saúde da Família, com vistas a ampliar e fortalecer o vínculo, possibilitando assim a assistência efetiva e eficaz para com a mesma.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de vivência que decorreu das atividades de práxis durante o estágio Supervisionado I da disciplina de Enfermagem na Administração dos Serviços de Saúde II do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS, desenvolvidas em uma Estratégia de Saúde da Família em um município da região Norte do RS, no primeiro semestre letivo de 2013. O estágio supervisionado visou desenvolver e aprimorar as habilidades teórico/práticas no que tange a gestão da atenção na saúde; a gestão do cuidado e a gestão dos serviços. Para isso, o grupo de acadêmicos passou 45 dias inseridos nesta unidade desempenhando as atividades de práxis, sob a supervisão de uma professora da disciplina e da enfermeira responsável pela unidade. Dentre as atividades realizadas, os acadêmicos construíram um Projeto Terapêutico Singular para uma família cuja situação era complexa e demandava cuidados específicos. A família foi definida após discussão com a equipe de saúde em uma das reuniões, onde a mesma apresentou as famílias com problemas de saúde mais complexos, e dentre elas a equipe optou por realizar com a família que será descrita a seguir em virtude dos problemas que a mesma apresentava. As visitas à família aconteciam em horário combinado previamente com a mesma, respeitando sempre os horários em que o principal cuidador pudesse se fazer presente, e eram realizadas pelos acadêmicos juntamente com a agente comunitária de saúde e membros da equipe de saúde da unidade. Em relação à unidade em que deusea vivência, a mesma pertence á Área 03 do município, possui 1047 famílias cadastradas e cobertura total de agentes comunitários de saúde. Está subdividida em 05 microáreas: Westphalen I (262 famílias); Westphalen II (181 famílias); Paraíso (229 famílias); Promorar I (200 famílias) e Promorar II (175 famílias). Salienta- se que esta unidade vem desempenhando suas atividades há aproximadamente um ano, e portanto, encontra-se ainda em processo de adequação e entrosamento da equipe, uma vez que ela foi sendo composta aos poucos, desta forma, muitas atividades ainda não encontravam-se em plenas funções, dentre elas a implementação de PTSs ás famílias. Desta forma, a elaboração e implementação de um PTS foi um grande desafio tanto para nós acadêmicos quanto para a equipe de saúde, e que graças ao trabalho multiprofissional em equipe, foi possível realizar a intervenção, tornando-se este um importante instrumento de aprendizado e produção de cuidado visando a singularidade de cada sujeito envolvido. Ressalta-se que foram respeitados os spectos éticos e os sujeitos envolvidos não serão identificados em nenhum momento.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados serão apresentados na sequência de cada momento desenvolvido e que compõe o PTS: **1º Momento: DIAGNÓSTICO: História familiar:** Usuário D. I. F., sexo masculino, católico, branco, nascido em uma cidade da região norte do RS, 72 anos, ex-

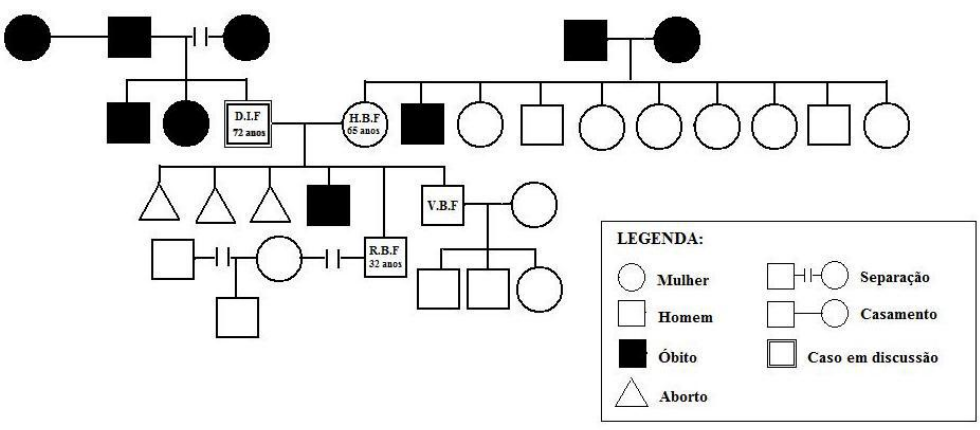
tabagista, fumou aproximadamente 55 anos, com história de Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico no ano 2010 e 2012, resultando em debilitações psicomotoras, incapacidade de deambulação e mantendo-se exclusivamente no leito. Faz uso de Clonazepam 2,5mg/ml 10 gts ao dormir, Cilostazol 10mg 2x ao dia; Dipirona sódica 500mg se dor; Duomo 2mg 2x ao dia. Casado com H. F., católica, branca, 65 anos, nascida no interior da cidade com história de transtorno psíquico em função de idade e história sofrida de vida; história de seis gestações com três abortos, a perda de um filho com cinco anos de idade sendo este portador de deficiência mental e nascido por via baixa com uso de fórceps, e dois filhos ainda vivos, ambos do sexo masculino: R. B. F., 32 anos, separado e V. B. F., 30 anos, casado com 3 filhos. H. F. relata, após estes acontecimentos, ter tido infecções recorrentes repercutindo em histerectomia total e consequente prolapso de bexiga. Faz uso de Losartana Potássica 50 mg 2x ao dia, Hidroclorotiazida 25mg 1x ao dia e Sulfato Ferroso, em decorrência de anemia. A casa tem seis cômodos: sala, dois quartos, banheiro, cozinha, varanda e no quintal existe uma "patente", encontrando-se este ambiente em péssimas condições de higiene. A renda da família é advinda de uma aposentadoria e o auxílio benefício para fins de custeio de despesas com o usuário acamado. Atualmente, o casal reside em um bairro de um município da região Norte do RS, que possui cobertura de Estratégia de Saúde da Família, com atuação de Agente Comunitário de Saúde, a qual realiza visitas semanais com a equipe de enfermagem. Na casa reside o casal, tendo os dois filhos sua casa própria. Segundo informações colhidas, o D.I.F. tem como seu principal cuidador o filho mais velho, R.B.F., por disponibilizar uma maior gama de tempo em contraposto ao seu irmão, e por residir em uma casa ao lado. Entretanto, esse cuidado não é em tempo integral, uma vez que o cuidador trabalha em um supermercado, e assim, os cuidados são intercalados nos horários de intervalo de seu trabalho, com exceção da noite. O D.I.F. apresenta- se debilitado, com a acuidade visual e disartria, encontrando-se acamado por apresentar tonificação muscular diminuída e atrofia de membros do lado direito do corpo em conseqüência às seqüelas do AVE e, portanto, com ausência de deambulação. Por apresentar ausência de controles esfincterianos do trato intestinal e urinário, faz uso contínuo de fraldas geriátricas. Do problema: em virtude da situação de saúde relatada, o usuário necessita de cuidados especiais e em tempo integral.

Entretanto, sua mulher, que não encontra- se em plenas funções das faculdades mentais, não demanda condições para este cuidado, associado ao fato de que ela não tem a força física necessária para realizar os cuidados básicos. Além disso, houve um desentendimento entre o casal há alguns meses, uma vez que o D.I.F. confessou a sua esposa uma traição antiga, o que acabou tornando a relação dos dois restrita e dificultosa, onde a esposa tornou-se resistente em ajudar seu marido em suas necessidades diárias. O problema aumenta ao passo que o cuidador mostra-se resistente às orientações repassadas pelos profissionais de saúde e agente comunitária de saúde, uma vez que ele realiza a troca de decúbito três vezes no período de 24 horas, sem fazer uso de colchão piramidal e coxins, o que já resultou em úlcera por pressão na região coccígea e atualmente na região do

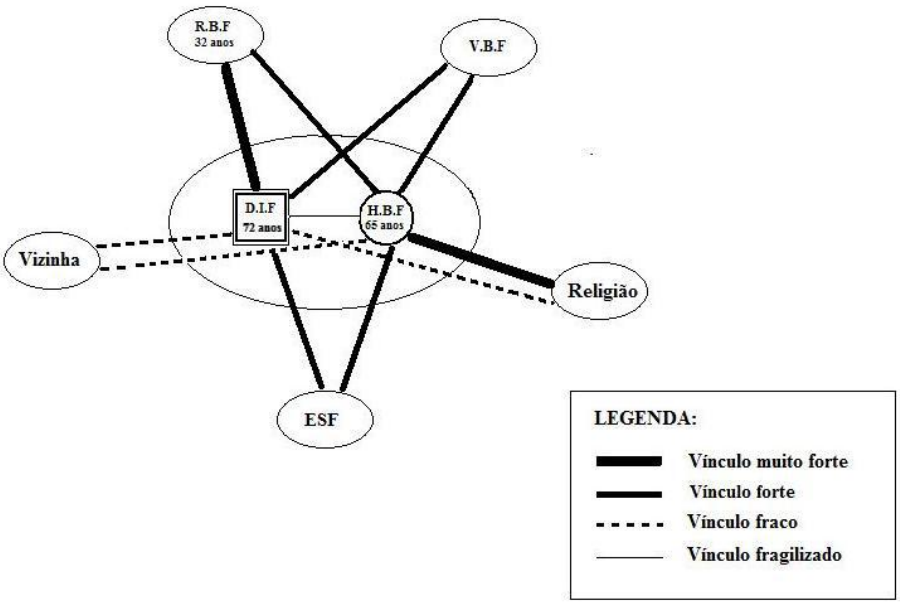
calcâneo, além de não posicioná-lo sentado, o que aumenta o risco de problemas respiratórios, dérmicos e cardiovasculares. Ele realiza ainda a troca da fralda apenas três vezes em 24 horas, e deixando a roupa íntima (cueca) por baixo da fralda, com a justificativa de que a roupa íntima absorve a maior parte da urina evitando lesões na pele e não necessitando assim de um intervalo menor de troca de fraldas. Conforme informações colhidas com a equipe da ESF, a alimentação provém de restaurante e, portanto, é considerada "seca", de difícil deglutição e administrada com o paciente deitado, o que prejudica o processo de digestão e aumenta o risco de pneumonia aspirativa. A casa é mantida fechada em tempo integral, o que torna o ambiente escuro, sem ventilação, deixando o usuário sem contato com os benefícios do sol e isolado do mundo externo e ainda, conforme percebido, desencadeando a fotofobia, ausência de distrações e entretenimento, o que por sua vez poderia ser resolvido com um rádio ou uma televisão. Associado a isso, sua esposa permanece o mínimo possível com ele, deixando- o sozinho na maior parte do tempo e, portanto, desassistido dos seus cuidados necessários, incluindo a alimentação e companhia. O benefício que a família recebe do INSS foi concedido, através de visitas da assistente social, para custear as despesas com uma cuidadora que permanecesse no local durante o dia para ajudar nas necessidades de vida diárias, tanto do Srº D.I.F. quanto de sua esposa, para que assim ambos recebessem os cuidados necessários e condizentes com suas condições de vida. Entretanto, conforme relato do filho R.B.F., sua mãe não aceita uma pessoa de fora do seio familiar como cuidadora de seu esposo e para auxiliá-la nas tarefas da casa, e por isso ele segue cuidando de seu pai da forma que julga ser correta e no tempo que lhe cabe, apesar de relatar sentir-se sobrecarregado e estressado. Diante desta resistência, R.B.F. cogita a possibilidade de colocar o pai na Instituição de Longa Permanência para Idosos da cidade, para que lá possa receber o cuidado necessário, embora tema pela saúde de sua mãe ao ficar sozinha na casa sem a presença de seu pai, uma vez que ele relata não conseguir conviver junto com sua mãe na mesma casa, devido à incompatibilidade de comportamentos. Desta forma, além das repercussões na saúde de D.I.F. e sua esposa, essa situação em afetando também a saúde de seu filho mais velho R.B.F., que vem demonstrando sinais de estresse e esgotamento mental, pois associado à saúde de seus pais, ele vivencia concomitantemente um processo de separação conjugal. A equipe de saúde realiza visitas periódicas à família e conversa separadamente com o filho R.B.F., entretanto, diante da resistência em aderir ás orientações repassadas quanto à prestação correta do cuidado e suas devidas repercussões, percebeu-se a necessidade de realizar um Projeto Terapêutico Singular para este paciente e sua família, na tentativa de melhorar a qualidade de vida desta família e da resolução dos conflitos existentes nela. Para isso, uma das estratégias utilizadas é o vínculo com esta família, uma vez que *é importante que haja um membro da equipe que se responsabilize por um vínculo mais direto e acompanhe o processo (coordenação). Geralmente esta pessoa deve ser aquela com quem o usuário tem um vínculo mais positivo* (p. 53) [2]. Salientamos que para o desenvolvimento deste estudo foi usado o Modelo Calgary de Avaliação da Família, com o objetivo de

avaliar como a família se organiza e funciona cotidianamente ao vivenciar a situação de adoecimento por doença mental de um de seus integrantes. O Modelo Calgary se constitui em uma estrutura avaliativa multidimensional e integrada, que se fundamenta nos pressupostos teóricos de sistemas, cibernética, comunicação e mudança, com influência do pós-modernismo e da biologia da cognição. Na aplicação deste modelo de avaliação utilizam-se dois diagramas representativos: o **genograma** e o **ecomapa,** que facilitam a avaliação da organização familiar. Por meio deles é possível visualizar as relações familiares e as fontes de informação, de forma precisa, que podem ser utilizadas para o planejamento de estratégias de intervenção[4]. O **genograma** demonstra a representação gráfica de dados sobre a família, e durante a sua construção há a visualização da dinâmica familiar e as relações entre seus membros, por meio de símbolos e códigos padronizados, em pelo menos três gerações. Permite, também, observar de forma clara quais membros constituem a família, tenham eles vínculos consanguíneos ou não. Desta forma, fornece embasamento para a discussão e análise das interações familiares. Os homens são representados por quadrados e as mulheres por círculos, identificando o nome, a idade, a profissão e doenças atuais de cada pessoa, além de retratar o lugar ocupado por cada um na estrutura familiar. Faz, ainda, com que a própria família identifique quais os membros que a integram e as relações estabelecidas entre si[4]. O **ecomapa** é um diagrama das relações entre a família e a comunidade, que ajuda a avaliar as redes e apoios sociais disponíveis e sua utilização pela família. Mostra os contatos das famílias com pessoas, instituições ou grupos e, desse modo, a ausência ou presença de recursos sociais, culturais e econômicos de um determinado momento do ciclo vital da família, havendo modificação ao longo do tempo, portanto dinâmico[4]. No ecomapa os membros da família são representados no centro do círculo. Já sua rede social aparece em círculos externos. As linhas indicam o tipo de conexão: linhas contínuas representam ligações fortes, pontilhadas ligações frágeis, linhas tortuosas demonstram aspectos estressantes e as setas significam energia e fluxo de recursos.

GENOGRAMA



ECOMAPA




**2º e 3º Momento: DEFINIÇÃO DE METAS E A DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES:**

Através das visitas domiciliares, foi possível a formação e fortalecimento do vínculo com a família, o que proporcionou o conhecimento do seu contexto familiar. Com isso, juntamente com a equipe, elaborou-se a definição de metas para a gestão do cuidado apartir dos diagnósticos de enfermagem[5] encontrados, e nesse sentido, as possíveis intervenções[6] que serão negociadas com o sujeito doente: ***Atividades de recreação deficientes relacionado à ausência de atividades de recreação no ambiente evidenciado por declaração do paciente quanto ao enfado.** Cuidados da equipe: Planejar ações/intervenções com os familiares para reduzir ou eliminar os fatores causadores de monotonia; proporcionar oportunidades para reminiscências individuais ou em grupo; avaliar a possibilidade do uso de terapia holística e complementar. Cuidados dos familiares: Proporcionar ao usuário terapia audiovisual e/ou musical por meio de aparelho de rádio ou TV. Cabe a equipe e os familiares: Incentivar interação socialização com companheiros e com todos os grupos etários; encorajar a pessoa a usar seus pontos fortes para auxiliar os outros e a si mesma; reconhecer os esforços feitos pela pessoa; incentivar a comunicação aberta, valorizar a opinião da pessoa; encorajar a pessoa a desafiar a si mesma, aprendendo uma nova habilidade ou descobrindo um novo interesse; aumentar o sentimento de

produtividade e de auto valorização da pessoa. ***Controle familiar ineficaz do regime terapêutico relacionado às atividades familiares inadequadas para o alcance das metas de um tratamento ou programa de prevenção Evidenciado por complexidade do regime terapêutico, conflitos de decisão, conflitos familiares.** Cuidados da equipe: Explicar e discutir com os familiares o processo de doença, regime de tratamento, expectativas sobre o regime, efeitos colaterais do regime, mudanças necessárias no estilo de vida, métodos para monitorar a condição, acompanhamento necessário, sinais/sintomas de complicações, recursos, apoio disponíveis; alterações necessárias no ambiente doméstico; avaliar o comportamento da pessoa/família que seja evidência de que foram atingidos os resultados do aprendizado. Cuidados dos familiares: Seguir os princípios de ensino/aprendizado; planejar e compartilhar a necessidade dos resultados do aprendizado; monitorar a condição do usuário, sinais/sintomas de complicações e comunicar a equipe; realizar alterações necessárias no ambiente doméstico (retirada do acúmulo de lixo, arejar a casa, não utilização e descarte de medicamentos vencidos). ***Déficit no autocuidado para banho/higiene relacionado a prejuízo músculo esquelético evidenciado pela incapacidade de lavar e higienizar o corpo.** Cuidados da equipe: Investigar os fatores causadores/membros afetados; explicar para o familiar a importância de criar uma rotina para higiene. Cuidados dos familiares: Criar uma rotina de horários para os banhos, higiene oral, colocar pasta de dente e escova; evitar distrações quanto à finalidade do equipamento para o banho; proporcionar ao usuário alguma forma em que ele auxilie na higiene para reduzir a sensação de incapacidade; realizar o banho de forma agradável com água quente pra auxiliar a pessoa confusa ou agitada a relaxar. ***Integridade da pele prejudicada relacionado à imobilização física e evidenciado por rompimento da superfície da pele ou destruição das camadas da pele.** Cuidados da equipe: Determinar a etiologia da incontinência; verificar as mucosas quanto à umidade e a urina quanto à densidade especifica; orientar o familiar sobre a ingestão suficiente de líquidos para a hidratação adequada; orientar para esquema de troca de decúbito (fixar um esquema na cabeceira da cama, para trocas de decúbito de 2 em 2 horas); sugerir utilização de coxins e a compra de colchão piramidal e explicar sua importância; proporcionar um efeito de ponte para sustentar o corpo acima e abaixo da área de alto risco ou de ulceração; realizar avaliação nutricional e orientar praticas de nutrição adequadas; realizar o exame físico, afim de identificar regiões em que a pele possa apresentar alguma lesão e instruir cuidados necessários para manter integridade da pele. Além de identificar o estágio de desenvolvimento da úlcera; instruir a pessoa e a família sobre o cuidado com as úlceras, ensinar a higiene da pele e nutrição ideal. Elaborar um plano para o controle das úlceras usando os princípios da cicatrização úmida: investigar o estado da úlcera, o tamanho, a profundidade, as bordas, a área subjacente, o tipo de tecido necrótico e quantidade, o tipo e a quantidade da secreção, a cor da pele ao redor da lesão, checar a presença de edema periférico, endurecimento, investigar tecido de granulação, epitelização, debridar o tecido necrótico, lavar a base da escara com solução fisiológica esterilizada, evitar o uso de

soluções antissépticas fortes, cobrir a úlcera com um curativo esterilizado que mantenha um ambiente úmido sobre a sua base, evitar o uso de agentes secantes, monitorar os sinais clínicos de infecção na lesão, medir as úlceras semanalmente para determinar a evolução da cicatrização. Cuidado do familiar: Lavar o períneo com sabão líquido que não altere o pH da pele; aplicar uma barreira protetora; realizar as trocas de fraldas quando necessárias; promover a circulação ideal quando no leito; usar horário de reposicionamento que alivie a área vulnerável mais vezes, quando possível, para aumentar o fluxo de sangue para todas as áreas; usar blocos de espuma ou travesseiros (coxins) para evitar contato prolongado das superfícies do corpo com a cama a fim de evitar/prevenir lesões na pele; ou proteger a áreas afetada para que não toque a superfície do leito; fazer com que a pessoa use roupas com mangas longas e meias para reduzir a fricção sobre os cotovelos e os calcanhares; promover circulação ideal; revestir a cadeira com amortecedores para o alivio da pressão, não esfregar as áreas avermelhadas, para evitar danificar os capilares, não massagear; inspecionar a pele da pessoa diariamente; lavar a área avermelhada com sabão neutro, enxaguar completamente para remover o sabão e secar sem esfregar; evitar a massagem das proeminências ósseas para estimular a circulação. Relacionada à alimentação, ofertar líquido e aumentar a ingesta de proteína e carboidrato para manter o equilíbrio positivo de nitrogênio; garantir que a ingesta diária de vitaminas e minerais seja mantida por meio de dieta ou de suplementos. Cabe a equipe e aos familiares: Encorajar os exercícios com variação de movimentos e a mobilidade com sustentação do peso, observar eritema e despigmentação e palpar, verificando o calor e a esponjosidade, em cada troca de posição. *__Mobilidade no leito prejudicada relacionada à diminuição da força e da resistência secundaria evidenciada por capacidade prejudicada para mover-se ou reposicionar-se no leito.__ Cuidados da equipe: Encorajar o uso do braço afetado, quando possível; Ensinar para a família os métodos de transferência da cama para a poltrona. Orientar ao familiar a importância de promover a mobilidade e o movimento ideal; Cuidados dos familiares: Auxiliar o usuário a aumentar a mobilidade dos membros, posicionar em alinhamento para prevenir complicações, evitar períodos prolongados sentado ou deitado na mesma posição, mudar a posição das articulações do ombro a cada 2 a 4 horas; *__Comunicação verbal prejudicada, relacionada diminuição da circulação cerebral, evidenciado por verbalização com dificuldade.__ Cuidados da equipe: incentivar a família a partilhar os sentimentos relativos aos problemas de comunicação. Cabe aos familiares e a equipe: Não alterar sua fala, pois a compreensão da pessoa não está alterada; falar em nível adulto; incentivar a pessoa a fazer um esforço consciente de falar de forma lenta e alta; solicitar que a pessoa repita as palavras que não estão claras, observar que indícios não verbais podem auxiliar na compreensão; manter uma atitude calma e positiva; permitir o choro; tranquilizar e manter o senso de humor; *__Deglutição prejudicada relacionada à lesão neuromuscular, evidenciado por posições alteradas da cabeça.__ Cuidados da equipe: orientar aos familiares quanto à importância da posição elevada da cabeça durante as refeições, as periodicidades da mesma, quanto à espessura dos alimentos e de oferecer

líquidos e sólidos separadamente; estabelecer uma meta para ingesta de líquidos, instruir a pessoa a prender a respiração ao engolir; Cuidados dos familiares: colocar a cabeceira da cama em posição semifowler ou alto com o pescoço levemente flexionado para frente e o queixo direcionado para baixo; oferecer alimentos altamente viscosos primeiro; oferecer líquidos espessos; fazer com que a pessoa se concentre na tarefa de deglutir; se possível fazer com que a pessoa sente-se na cadeira, com o pescoço ligeiramente flexionado; observar a deglutição e verificar se a boca foi esvaziada; evitar sobrecarregar a boca, pois isso diminui a eficácia da deglutição; proporcionar diversas refeições pequenas para conciliar com o período reduzido de atenção. ***Risco de aspiração relacionado à deglutição prejudicada.** Cuidados da equipe: Orientado quanto aos riscos de aspiração e cuidados com a alimentação conforme item anterior. ***Risco para infecção, relacionado à doença crônica.** Cuidados da equipe: monitorar e orientar quanto ao uso de terapia antimicrobiana; observar as manifestações clínicas de infecção nos indivíduos em alto risco; instruir o cliente e a família tendo em vista as causas, os riscos e o contágio da infecção. Cabe a equipe e aos familiares: reduzir a suscetibilidade do usuário a infecções, encorajar e manter a ingesta protéica e calórica na dieta;***Incontinência urinaria total, relacionado a disfunção neurológica, evidenciado por fluxo constante de urina que ocorre em momentos imprevisíveis, sem contrações/espasmos ou distensão vesical involuntária.** Cuidados da equipe: Orientar os familiares quanto à importância da realização das trocas de fralda sempre que necessário para evitar o contato da pele com secreções (para evitar lesões); a higiene e cuidados na região do períneo. Cuidados dos familiares: diminuir os efeitos da alcalinização de urina sobre a pele, através das trocas de fraldas quando necessário; usar produtos sem enxague na limpeza do períneo, evitar fragrâncias álcool ou agentes alcalinos, aplicar hidratante imediatamente após o banho quando os poros estão abertos, diminuir as lesões no banho: molhar a pele suavemente usando pouco sabonete, secar a pele com suavidade sem esfregar, se possível usar produto hidratante tipo barreira. ***Incontinência intestinal relacionado à diminuição geral do tônus muscular evidenciado por incapacidade de reconhecer a pressão para evacuar.** Cuidados da equipe: Explicar as exigências dietéticas e de líquidos para a boa movimentação intestinal; explicar os sinais e os sintomas de impactação fecal e constipação. Cuidados dos familiares: ofertar de 8 a 10 copos de água diariamente, dieta rica em fibras e volume; troca das fraldas quando necessário para evitar o contato da pele com secreções (para evitar lesões) ***Tensão do papel do cuidador, relacionado a tempo insuficiente, evidenciado por dificuldade para realizar as atividades necessárias.** Cuidados de equipe: Orientar para contratar um cuidador nos horários em que ele esta ausente e em tempo suficiente para realizar os cuidados necessários; orientado para intercalar o cuidado com demais familiares (irmão), Cabe aos familiares e a equipe: permitir o compartilhamento das frustrações, partilhar a necessidade do cuidador de sentir-se valorizado, discutir a importância de reconhecer, regularmente, os encargos da situação para o cuidador, discutir a necessidade de dar ao cuidador "permissão" para divertir-se.

*__Interação Social Prejudicada, relacionado a mobilidade física limitada e dissonância sociocultural, evidenciado por comportamentos de interação social mal sucedidos.__ Cabe aos familiares e a equipe: auxiliar a família na compreensão e oferecimento de apoio, proporcionar apoio para manutenção das habilidades social básicas e a redução do isolamento social, proporcionar o desenvolvimento de habilidades sociais (comunicação com vizinhos, familiares e amigos), explorar estratégias para lidar com situações difíceis, proporcionar momentos de lazer no ambiente externo da casa (pátio). **4ºMomento: A NEGOCIAÇÃO:** Após a divisão das tarefas, iniciou-se o processo de negociação com o sujeito doente e sua família para a implementação e orientação dos cuidados. Entretanto, encontrou-se resistência por parte da esposa do D.I.F. no momento das negociações, a qual mostrou apatia em relação a grande parte das orientações, principalmente no que tange aos cuidados biológicos e fisiológicos do sujeito adoentado. Dentre os problemas que persistem, há a dificuldades do filho R.B.F. em manter a periodicidade dos cuidados necessários, principalmente no que tange a higiene bucal e corporal, troca diária dos curativos, fralda geriátrica e mudança de decúbito, em virtude, segundo o próprio R.B.F., do curto tempo disponível em função do seu trabalho. Em decorrência disso, percebeu-se uma involução no estado de saúde do D.I.F., uma vez que apresentou tosse produtiva; o que pode ser indício de acúmulo de secreção nos pulmões pelo fato dele manterse quase que exclusivamente em decúbito dorsal no leito; e ainda sua úlcera por pressão na região do calcâneo direito, que já apresentava escara, apresentou- se com exsudato purulento em grande quantidade, de odor fétido e coloração amarelada, e com a região adjacente hiperemiada e com exsudato na camada interna da pele, indicando que a infecção bacteriana está se alastrando para áreas adjacentes. Além disso, D.I.F. chorou ao ser questionado sobre seu filho mais novo, relatando que o mesmo não o visita com freqüência, e portanto, apresentando uma saúde emocional fragilizada. Ao chegarmos a casa, a mesma encontrava-se novamente fechada e sem ventilação, com ausência da oferta da luz solar e entretenimento para seu D.I.F.. Sugeriu-se então à esposa uma pequena modificação na posição da TV que encontrava- se na sala para que o sujeito pudesse também ter acesso a mesma, e assim ficar menos entediado dentro do quarto escuro e sem ventilação, entretanto, encontrou-se resistência por parte de sua esposa, que não aceitou tal modificação. Negociou-se também com o cuidador a retirada da cueca utilizada em baixo da fralda, utilizando-se para isso argumentos com embasamento científicos para provar que só o uso da fralda é suficiente para a absorção da urina, e que a cueca possui efeitos contrários aos que o cuidador tem por concepção. Após a explanação dos cuidados inerentes á utilização da fralda, o mesmo aceitou realizar uma experiência em um determinado período para comprovar o exposto sobre o assunto e assim testar a confiabilidade da não utilização da cueca. Quando questionada a família sobre a contratação de uma cuidador, esta mostrou-se resistente argumentando que os custos da mesma são altos e que portanto era mais viável a transferência de D.I.F. para uma Instituição de longa permanência para idosos, o que por sua vez, poderá aumentar a debilidade física e emocional do sujeito, uma vez que o mesmo

relata não desejar ir para esta instituição, além de acarretar em perda do vinculo com a família. Segundo relato da esposa, D.I.F. não realiza fisioterapia, fundamental para a evolução da coordenação motora, mas seu filho, R. B. F. faz uso de atividades alternativas que fazem com que ele se movimente e estimule os membros. Quando questionada sobre a alimentação do sujeito, a esposa relata liquidificar o alimento para facilitar a deglutição. Quanto à administração desta alimentação, a esposa relata não dar mais o alimento com o sujeito deitado, e para isso, faz uso de vários travesseiros na tentativa de mantê-lo o mais sentado e ereto possível na cama. **5º Momento: REAVALIAÇÃO:** A etapa da negociação proporcionou o fortalecimento ainda maior do vínculo, o que permitiu o conhecimento de fatos importantes ocorridos no âmbito família, até então desconhecidos pela equipe de saúde, e que possibilitou uma melhor compreensão do contexto. A reavaliação foi de suma importância, pois observou- se que, ao contrario da primeira avaliação, nesta última o sujeito do estudo apresentou uma evolução significativa no que tange: *UPP: além dos cuidados prestados pela equipe, o cuidador também passou a aceitar as orientações e a realizar os devidos cuidados com a UPP, o que possibilitou o controle da infecção, eliminação da escara (através de debridamento enzimático e mecânico), e assim a evolução da UPP, auxiliando também na prevenção de novas lesões; *Em relação ao uso da cueca, o cuidador relatou que seu pai solicita o uso da mesma, e portanto, ele a utiliza somente no período da noite. Entretanto, o cuidador admitiu, a partir da adesão à proposta da experiência feita pela equipe, que a mesma não tem o benefício que ele julgava ter; *Após inúmeras tentativas, a família concordou sobre importância da colocação de um aparelho de televisão no quarto a fim de proporcionar entretenimento e informação ao paciente, assim instalou o aparelho. Observou-se com isso uma melhora significativa no estado de humor do mesmo, mostrando-se mais alegre e comunicativo; *Nas visitas que se sucederam, observou-se também a casa mais arejada, onde a Sra H.F. aceitou a abertura das janelas no período da tarde para entrada dos raios solares e ventilação; *Em relação á contratação de uma cuidadora, dona H.F. ainda mostrava resistência em nossa penúltima visita, pois segundo ela, não confiava em uma pessoa estranha dentro da casa dela e dizia ter receio desta cuidadora futuramente processá-los judicialmente por direitos trabalhistas. Foi então que, utilizando-se de uma abordagem diferente da até então usada, que se conseguiu um pequeno avanço nesse sentido, uma vez quer ela concordou em aceitar uma cuidadora em sua casa em caráter de experiência, uma vez que para ela o melhor seria colocar seu esposo em uma ILPI; *Em conversa com a Sra. H.F. compreendeu-se melhor o contexto do problema, uma vez que se entendia que a mesma tinha resistência no cuidado devido á infidelidade de seu esposo, porem, com o vínculo forte estabelecido, ela nos expôs sua vivência intrafamiliar, relatando uma vida de violência doméstica e sexual perpetuada por seu esposo, que repercutiram três abortos; *Sra H.F. relatou que uma irmã do Sr. D.I.F. fez uma visita a família, e falou para ele que se fosse preciso ele seria colocado em uma ILPI, pois a família estava sobrecarregada pelo cuidado, e após esta visita o mesmo estava ansioso; *Na ultima visita feita, foi observado a evolução no quadro do paciente,

evidenciado por relato do mesmo de melhora no quadro geral. Realizou-se o curativo na UPP com boa evolução e processo de cicatrização. *O grupo vê o acompanhamento da família nesse período com evolução dos problemas e sucesso em métodos de cuidado propostos e aderidos pela família. Salienta-se que ao final do estágio, em reunião com a equipe da ESF repassou-se o PTS e esta dará continuidade aos cuidados inerentes a esta família.

**Conclusão**

Esta vivência foi de grande relevância para nós acadêmicos de enfermagem, uma vez que nos possibilitou desenvolver e aprimorar habilidades teórico- práticas no que diz respeito à gestão do cuidado e construção do PTS enquanto ferramenta do cuidado e da organização do trabalho, além de possibilitar o exercício da formação do vínculo, o qual é entendido como complexo e demanda singularidades, uma vez que os acadêmicos necessitaram utilizar de abordagens a quais não estavam acostumados para facilitar o estabelecimento do vínculo e conseqüente confiança da família. Além disso, o PTS apresentou-se como um importante instrumento de cuidado singular, uma vez que a partir dele foi possível conhecer o contexto familiar até então desconhecido pela equipe de saúde, fator este fundamental para entender os conflitos e resistências que permeavam na família e que implicavam diretamente na forma de cuidar e ser cuidado dos sujeitos em questão, resultando em um cuidado efetivo, eficaz e condizente com a realidade dos sujeitos, possibilitando ainda a resolutividade de grande parte dos problemas da família e a evolução do quadro clínico, social e emocional tanto do sujeito central como dos demais. Enquanto futuros profissionais, entende-se que a implementação de PTSs às famílias em situações críticas e que demandam cuidados complexos é fundamental e necessita ser inserida no dia a dia do processo de trabalho das equipes de saúde, uma vez que ele proporciona uma atuação integrada da equipe bem como o protagonismo do sujeito e da família no seu processo de saúde e evolução dos seus agravos. Ao finalizar, destaca-se o PTS vem de encontro á Clínica Ampliada, uma vez que possibilita uma atuação diferente da forma tradicional para com os sujeitos envolvidos, dando-os a possibilidade de falar sobre sua própria situação e sentimentos, tornando-os co- responsáveis pela resolutividade dos seus problemas.

**ÁREA TEMÁTICA: Processos de Cuidado**

**Referências:**

1. Schrank G, Olschowsky A. **O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família**, Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2008; 42(1):127-34. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acessado em: 25/07/2013.

2. Brasil. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

3. Carvalho SR, CUNHA GT. **A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde.** In: CAMPOS, Gastão Wagner et al. Tratado de Saúde Coletiva. Editora Fiocruz, 2006.

4. Wright LM, Leahey M. **Enfermeiras e famílias:** um guia para avaliação e intervenção na família. 4ª ed. São Paulo: Roca; 2008. 324 p.

5. Nanda. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificações 2007-2008. Porto Alegre: Artmed, 2008, 306p.

6. Carpenito-moyet LJ. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. 11ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

# NEOPLASIA INFANTIL: IMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO NEOPLÁSICO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

# NEOPLASIA CHILDREN: IMPLICATIONS OF TREATMENT NEOPLASTIC FOR NURSING CARE

# NEOPLASIA NIÑOS: IMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO NEOPLÁSICO PARA EL CUIDADO DEL ENFERMERÍA

TIMM, Marcella Simões[1]
SCHIMITH, Maria Denise[2]
VENTURINI, Larissa[3]
CARDOSO, Andreza Lima[4]
KARKO, Michele Carvalho[5]
NATANNA, da Rosa[6]
DA SILVA, Adrielle Chermont[7]
CREMONESE, Luiza[8]

1 Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET). Email: marcella.timm@hotmail.com
2 Enfermeira. Doutora. Professora adjunta do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
3 Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET).
4 Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PET-Saúde.
5 Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
6 Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
7 Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
8 Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial.

**RESUMO: Introdução**: O câncer é uma das principais causas de morte no mundo, configurando-se como um grande problema de saúde pública. Nesse cenário, destacamos o câncer pediátrico como a primeira causa de mortalidade por doença nesta faixa etária. Existem várias modalidades de tratamentos, dentre elas, a quimioterapia é a mais frequente, associada ou não à radioterapia, cirurgia. Devido ao tratamento a criança é exposta a contextos de repetidos procedimentos invasivos, efeitos colaterais. Durante o processo de adoecimento aparecerão personagens novos com os quais ela passará a estabelecer relações bastante duradouras: os profissionais de saúde, como os enfermeiros. Estes profissionais da

saúde devem estar aptos a devolverem um cuidado integral e humanizado à criança. **Objetivo**: conhecer a produção científica acerca das implicações do tratamento antineoplásico à criança. **Metodologia:** trata-se de uma revisão de literatura realizada por meio de levantamento bibliográfico junto às bases de dados LILACS e SCIELO nos meses de junho e julho de 2013. **Resultados:** Os estudos centralizam seus objetivos na análise da percepção do paciente-criança frente ao tratamento antineoplásico recebido, ou seja, as implicações que o mesmo traz a eles e o papel da enfermagem como promotora da qualidade de vida destas crianças. As implicações são muitas, mas por mais avançado o tratamento antineoplásico, ainda não se dá a devida importância ao aspecto psicossocial severamente afetado, o que acarreta na diminuição da qualidade de vida das crianças. Cabe ao enfermeiro dar maior importância ao cuidado psicossocial, na qual a assistência prestada seja de acordo com suas necessidades individuais. **Conclusões:** a experiência da quimioterapia envolve uma dimensão que vai além das reações de náuseas e vômitos, nem sempre valorizada pelos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros. Finalmente, para atuar com eficiência nesse contexto, o enfermeiro precisa compreender como a doença e o tratamento afetam o paciente e como ele as interpreta, que foi a finalidade desse estudo.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Neoplasia; Criança.

**ABSTRACT: Introduction**: Cancer is a leading cause of death worldwide, configuring itself as a major public health problem. In this scenario, we highlight pediatric cancer as the leading cause of death from disease in this age group. There are several treatment modalities, among them, is the most common chemotherapy with or without radiotherapy, surgery. By treating the child is exposed to repeated contexts invasive procedures, side effects. During the process of illness appear new characters with which it will establish lasting relationships enough: health professionals such as nurses. These health professionals should be able to give back and humane comprehensive care to children. **Objective:** To know about the scientific implications of anticancer treatment to the child. **Methodology:** This is a literature review performed by the bibliographic survey databases LILACS and SciELO the months of June and July 2013. **Results:** The studies center their goals in the analysis of the perception of the patient-facing child antineoplastic treatment received, ie the implications that it brings to them and the nursing role as a promoter of quality of life of these children. The implications are many, but the most advanced anticancer treatment, still do not give due importance to the psychosocial aspect severely affected, resulting in decreased quality of life of children. It is up to the nurse to give greater importance to psychosocial care, in which care is provided according to their individual needs. **Conclusions:** The experience of chemotherapy involves a dimension that goes beyond the reactions of nausea and vomiting, not always valued by health professionals, including nurses. Finally, to act efficiently in this context, the nurse needs to understand how the

disease and treatment affect the patient and how he interprets, that was the purpose of this study.

**KEYWORDS:** Nursing; neoplasm; Child.

**RESUMEN: Introducción:** El cáncer es la principal causa de muerte en el mundo, configurándose como un importante problema de salud pública. En este escenario, se destacan el cáncer pediátrico como la principal causa de muerte por enfermedad en este grupo de edad. Hay varias modalidades de tratamiento, entre ellos, es más común la quimioterapia con o sin radioterapia, la cirugía. Tratando el niño está expuesto a repetidos contextos procedimientos invasivos, efectos secundarios. Durante el proceso de la enfermedad aparecen nuevos personajes con los que va a establecer relaciones duraderas suficientes: profesionales de la salud, como enfermeras. Estos profesionales de la salud deben ser capaces de dar la espalda y la atención integral humanitaria a los niños. **Objetivo:** Conocer las implicaciones científicas de tratamiento contra el cáncer para el niño. **Metodología:** Se trata de una revisión de la literatura realizada por las encuesta bibliográficas bases de datos LILACS y SciELO los meses de junio y julio de 2013**.** **Resultados:** El centro de estudios de sus objetivos en el análisis de la percepción del niño hacia el paciente recibió tratamiento antineoplásico, es decir, las consecuencias que trae para ellos y el papel de la enfermería como promotor de la calidad de vida de estos niños. Las implicaciones son muchas, pero el tratamiento contra el cáncer más avanzado, todavía no le dan la debida importancia al aspecto psicosocial gravemente afectados, lo que resulta en una disminución de la calidad de vida de los niños. Corresponde a la enfermera para dar mayor importancia a la atención psicosocial, en el que se proporciona atención de acuerdo a sus necesidades individuales. **Conclusiones:** La experiencia de la quimioterapia involucra una dimensión que va más allá de las reacciones de náuseas y vómitos, no siempre valorada por los profesionales de la salud, incluyendo enfermeras. Por último, para actuar con eficacia en este contexto, la enfermera tiene que entender cómo la enfermedad y el tratamiento afectan al paciente y cómo se interpreta, que era el propósito de este estudio.

**PALAVRAS CLAVE:** Enfermería; Neoplasia; Niño.

## INTRODUÇÃO

A neoplasia é um processo patológico de maior prevalência no mundo, devido aos múltiplos fatores de risco que são gerados, em especial pela mudança no estilo de vida do individuo[1]. É quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular[2].

A neoplasia infantil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais, podendo aparecer em qualquer idade e local do organismo[3]. A doença é simbolizada como o desconhecido, perigoso, que causa

sofrimento, dor e ansiedade. Quando o individuo afetado pela doença é uma criança, todas essas reações passam a ser mais intensas, para elas, sua família e seus cuidadores[1].

A forma de tratamento se dá através de processo cirúrgico, radioterapia, e em especial quimioterapia. A quimioterapia é um processo agressivo com diversos efeitos colaterais, que levam o individuo a um grande desgaste físico e emocional. O tratamento quimioterápico consiste no uso de fármacos que tem propósito de destruir e prevenir o crescimento, multiplicação e disseminação de células malignas para combater a doença[1].

É uma medicação tóxica que leva a uma menor produção de células sanguíneas e desenvolve efeitos colaterais como alteração da imagem corporal, devido a queda de cabelo, sobrancelhas; debilitamento e alteração da coloração das unhas; alteração da pele, como eritema, prurido, descamação; a anemia, causando cansaço e desânimo ao individuo; e também há predisposição a infecções devido a alteração na produção dos glóbulos brancos, essa alteração afeta o sistema digestivo levando a anorexia, náusea e vomito[4].

Devido à interação de vários fármacos, muitas quimioterapias são prolongadas, exigindo que em alguns casos o paciente resida um tempo no ambiente hospitalar. A enfermagem tem um papel imprescindível, devendo caminhar junto a criança com câncer, proporcionando à mesma um cuidado integral e humanizado.

O adoecimento e a hospitalização de uma criança representam rupturas no cotidiano. Em geral, a criança deixa de ir à escola, se afasta de seus familiares e amigos, não realiza muitas de suas atividades cotidianas[5]. Devido ao tratamento a criança é exposta a contextos de repetidos procedimentos invasivos, efeitos colaterais, interrupção da rotina escolar e social, suspensão de atividades de lazer, alteração da dieta, mudanças na autoimagem e autoconceito, sentimentos de incerteza sobre a evolução do tratamento, internações periódicas, dor, perdas relevantes que prejudicam sua socialização e interferem de modo adverso sobre a manutenção de seus relacionamentos cotidianos[6].

Para uma criança com câncer, todos os efeitos secundários da quimioterapia interferem de forma negativa em sua aparência física e em suas atividades da vida cotidiana. Assim, tanto a enfermidade como o tratamento implicam um completo conjunto de estresse que conduzem a diversas mudanças psicossociais que podem levar a um desenvolvimento da criança em condições atípicas. Cabe ao enfermeiro dar maior importância ao cuidado psicossocial da criança, na qual a assistência prestada seja de acordo com suas necessidades individuais. O profissional deve ser multiplicador do cuidado, deve buscar alternativas que busquem melhorar a qualidade de vida destas crianças. A enfermagem poderá resolver os problemas mediante criação de habilidades para conseguir informação, analisá-las, examinar alternativas úteis para obtenção dos resultados desejados e eleger um plano de ação apropriado, com a participação dos pacientes. Sendo de suma importância retomar esses resultados para buscar estratégias que conduzam a um cuidado de enfermagem coerente com as necessidades reais sentidas pelas crianças com neoplasia e assim participar, como grupo de apoio para a família e contribuir de maneira eficaz na melhoria da qualidade de vida[7].

Também torna-se importante contribuir para que a família seja o suporte destas crianças, ajudando-os a levantar a autoestima e interação, pois, a família torna-se uma grande aliada e um dos pilares no tratamento oncológico, bem como o quimioterápico. O suporte familiar e as competências de cada membro da família são importantes e influenciam o modo da criança lidar com o câncer. A família pode servir como moderadora na atenuação dos efeitos negativos da doença, promovendo para a criança um ambiente facilitador para o seu desenvolvimento em atividades sociais[8].

Investigar a assistência de enfermagem frente à criança com câncer possibilita discutir as funções desta profissão que pretende cumprir com as necessidades humanas básicas dos pacientes, atingindo assim a finalidade principal que é o cuidar.

**OBJETIVOS**

O objetivo deste estudo é conhecer a produção científica acerca das implicações do tratamento antineoplásico à criança.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão de literatura entendida como uma síntese de estudos produzidos por outras pessoas em relação ao tema, descrevendo a evolução do conhecimento e os confrontando com outros autores. Foi realizada por meio de levantamento bibliográfico junto às bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) nos meses de junho e julho de 2013. Para a busca dos dados utilizaram-se como descritores: Enfermagem, Neoplasia or Criança; e as palavra Tratamento or Dificuldade. Na estratégia de busca não se utilizou limite temporal. Encontrou-se, no total, 46 publicações, das quais 21 eram da LILACS, e 25 da SCIELO.

A partir das 46 publicações encontradas elegeram-se, intencionalmente, após a leitura dos títulos e dos resumos, aquelas que abordavam as implicações do tratamento antineoplásico à criança. Para isso, selecionaram-se os textos de interesse para a presente revisão, baseados nos seguintes critérios de inclusão: artigos com resumo completo disponível em suporte eletrônico, nos idiomas português, espanhol e inglês. Os critérios de exclusão: artigos com resumo incompleto ou sem resumo disponível *on line*. Nesse sentido, selecionaram-se três trabalhos. Para organizar os dados, foi elaborado um instrumento com roteiro sistematizado contendo: abordagem do estudo, ano de publicação, objetivos e resultados dos estudos. A análise desses dados é apresentada de modo descritivo-reflexivo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Quanto à abordagem dos estudos selecionados destaca-se que os três são de natureza qualitativa. Em relação ao ano foram publicados alternadamente, nos anos de 2002, 2009 e 2012 Verifica-se que há uma carência de publicações referentes à temática específica, dos três artigos encontrados apenas um corresponde exatamente ao esperado. Dentre os

periódicos em que os estudos foram publicados, destacam-se os da área da enfermagem e a formação dos autores corresponde a esse universo profissional, respectivamente. Os estudos centralizam seus objetivos na análise da percepção do paciente-criança frente ao tratamento antineoplásico recebido, ou seja, as implicações que o mesmo traz a eles e o papel da enfermagem como promotora da qualidade de vida destas crianças. O primeiro estudo é proveniente da Universidade de São Paulo, e o objetivo do mesmo foi analisar as dificuldades que os pais enfrentam no ambiente domiciliar, quando seus filhos são submetidos à quimioterapia ambulatorial. O segundo é proveniente da Universidade do Bosque, estado de Bogotá, Colômbia, e teve por objetivo descobrir novos conhecimentos que permitam ter uma maior compreensão acerca das vivências psicossociais de crianças que recebem tratamento quimioterápico. Já o terceiro estudo é proveniente da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, e teve por objetivo identificar na literatura a atuação de enfermagem frente ao tratamento antineoplásico, destacando as implicações mais frequentes no tratamento antineoplásico.

As investigações apontam como resultados, que o paciente vê-se limitado em sua capacidade de exercer suas tarefas, experimentando também algum grau de dependência para com o seu próprio cuidado. O tratamento quimioterápico se faz bastante agressivo ao organismo, e seu sucesso depende de procedimentos dolorosos e invasivos, causadores de desconforto e sofrimento, a fadiga, náusea, vômito, perda do cabelo, diminuição da imunidade são exemplos das reações causadas pela droga[9].

Observou-se nos estudos que o tratamento afeta significativamente o ambiente pessoal, escolar, familiar e social dos pacientes, o que leva a alterações em sua qualidade de vida e difícil recuperação1. Dentre estas implicações causadas pelo tratamento está a limitação em atividades físicas, a rejeição dos colegas por medo do "contágio", ausência escolar e alteração no ritmo de aprendizado repercutindo em danos a curto e longo prazo, diminuição da autoestima, queda do cabelo devido a quimioterapia, alteração no estado de ânimo, sentimentos de saudade e tristeza por separação da família, alteração no sono, vivências de extremo sofrimento[10].

Nota-se que estas implicações causadas pela agressividade do tratamento quimioterápico, repercutem em alterações do comportamento da criança. Seja pelos efeitos tóxicos das drogas ou pelas internações hospitalares. As crianças acometidas pelo câncer apresentam depressão, agressividade, passividade, medo[9].

No geral, os estudos mostraram alto teor de sofrimento e dor por parte das crianças participantes, o que leva à conclusão de que estes resultados devem ser motivo de preocupação para os familiares, educadores e todos os membros da equipe de saúde, especialmente de enfermagem[1]. A enfermagem por estar mais presente com o paciente deve proporcionar um cuidado integral e humanizado, atendendo às especificidades dos mesmos, de acordo com implicações causadas pela doença.

O trabalho com o paciente oncológico requer um conhecimento especializado, entretanto, necessitam receber apoio psicológico para que possam lidar com suas dúvidas, seus

anseios, angústias, perdas e frustrações na prática do cuidar. O sofrimento em decorrência da doença, inúmeras vezes não exige atividade prática, mas sim, o saber ouvir o paciente a fim de distinguir estratégias de enfrentamento[13].

Nos últimos tempos existe um grande avanço no tratamento da neoplasia em crianças, mas ainda não se dá a devida importância ao aspecto psicossocial severamente afetado, o que acarreta na diminuição da qualidade de vida das mesmas[1].

**CONCLUSÕES**

O processo de adoecimento acarreta sentimentos de medo, tristeza, desespero, preocupação, impotência e incertezas, situação esta muitas vezes agravada pela falta de informação e apoio psicossocial.

A percepção do paciente-criança frente ao tratamento antineoplásico recebido citada nos trabalhos, evidencia como fatores agravantes: diminuição no desempenho físico, alteração no convívio escolar, alterações psicossociais e alteração na autoimagem, sendo apontados como prejudiciais no enfrentamento da doença, ressalta-se então a importância da equipe de saúde atuar nestes pontos negativos, a fim de restabelecer a qualidade de vida destes pacientes. Constata-se que integrar a equipe de saúde é fundamental na continuação da investigação acerca do tema aqui explorado, com vistas a um melhor planejamento e intervenções individualizadas para os profissionais de saúde. Com esse estudo espera-se mobilizar a reflexão dos profissionais da equipe de enfermagem sobre a problemática que envolve a vida do paciente-criança durante o tratamento antineoplásico. O significado construído ratifica que a experiência da quimioterapia envolve uma dimensão que vai além das reações de náuseas e vômitos, nem sempre valorizada pelos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros.

Portanto, para atuar com eficiência nesse contexto, o enfermeiro precisa compreender como a doença e o tratamento afetam o paciente e como ele as interpreta, sendo esta a finalidade deste estudo.

Dessa forma, a enfermagem tem um papel importante nesse cenário, fornecendo apoio, escuta sensível, informações/orientações, compartilhando emoções e, ajudando-os a enfrentar essa difícil fase. Através da detecção de possíveis problemas e assim, implementar as intervenções necessárias, a fim de proporcionar a esses pacientes um ambiente mais acolhedor, que os auxilie no enfrentamento da situação vivenciada.

**ÀREA TEMÁTICA**: Processo de cuidado.

**REFERÊNCIAS**

1 AHOGADO, B.C.V. et al. **Vivências psicosociales reveladas por ninõs que reciben tratamiento con quimioterapia por câncer.** 2009. Disponivel em:<

http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii2_11.pdf>. Acesso em 26 jun. 2013.

2 BRUNNER, S. C. S; SUDDARTH, B. G. B. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

3 BIGIO, C.B. **A compreensão da criança acerca de seu diagnóstico: um estudo sobre a representação do câncer na infância**. Psicol.rev; 14(1):109-135, maio 2005.
4 Asociación Española contra el Cáncer. Cáncer**: Aspectos generales de la enfermedad, sumario**. Sístole; octubre, 2001.

5 OTHERO, M.B.; CARLO, M.M.R.P. **A Família Diante do Adoecimento e da Hospitalização Infantil – Desafios para a Terapia Ocupacional**. Maio de 2006. Dísponível em: < http://www.abrale.org.br/uploads/files/A%20Fam%C3%ADlia%20Diante%20do%20Adoecimento%20e%20da%20Hospitaliza%C3%A7%C3%A3o%20Infantil.pdf> Acesso em 13 jul 2013.

6 BRODY, A.C; SIMMONS, L.A. (2007). **Family resiliency during childhood cancer: the father's perspective**. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 24(3), 152-165. Disponível em:< http://jpo.sagepub.com/content/24/3/152.short>. Acesso em 28 jun. 2013.

7 TRIVINO.Z.; SANHUEZA.O. **Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería.** Aquichán. Octubre 2005; 5(1):20-31. Disponível em:< http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100003&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em 02 agos. 2013.

8 CASTRO, E.; PICCININI, C.A. **Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: Algumas questões teóricas**. Psicol. Reflex. Crít 2002; 13: 625-35. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000300016> Acesso em 28 jun.2013.

9 GOLDSTEIN,E.A.; PEREIRA, G.L. **A atuação da equipe de enfermagem frente ao Tratamento quimioterápico antineoplásico: uma revisão de literatura The performance of the nursing staff before the antineoplastic chemotherapy: a literature review.** Disponível em: < https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&ved=0CGIQFjAH&url=http%3A%2F%2Fwww.cbacred.org.br%2Fojs%2Findex.php%2FAcred01%2Farticle%2Fdownload%2F78%2F142&ei=0MoIUt3UK-LC2AWD-

oCACw&usg=AFQjCNHQgYGpDrJaiVmd2YzIW3gTrYI_Iw&bvm=bv.50500085,d.aWc>. Acesso em: 30 jul. 2013.

10 COSTA, J.C.; LIMA,R.A.G. **Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a Enfermagem**. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13342.pdf>. Acesso em 30 jul. 2013

# CONCEPÇÕES DO CLIMATÉRIO: CONTRADIÇÕES E SIMILARIDADES EM DOIS GRUPOS DE MULHERES

# CONCEPTS OF CLIMACTERIC: CONTRADICTIONS AND SIMILARITIES IN TWO GROUPS OF WOMEN

# CONCEPTOS DE CLIMATERIO: CONTRADICCIONES Y SIMILITUDES EN DOS GRUPOS DE MUJERES

LIMA, Fabiane[1]
FONTANA, Rosane Teresinha[2]

1 Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família IV do município de Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: enf.fabilima@yahoo.com.br;
2 Doutora em enfermagem. Professora dos cursos de graduação e pós graduação em saúde da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. E-mail: rfontana@urisan.tche.br

**RESUMO:** O climatério é a fase em que os hormônios ovarianos vão deixando de ser fabricados. Este estudo buscou identificar a percepção da mulher climatérica residente em zona urbana e rural sobre as alterações experimentadas nesta fase, a interface destas no seu cotidiano e as contradições/ similaridades de acordo com a cultura em que estão inseridas. O cenário desta pesquisa qualitativa foi um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Entre maio e outubro de 2009, através de uma entrevista semi-estruturada, mulheres entre 47 e 60 anos, pós menopáusicas, foram entrevistadas. Pode-se perceber déficits conceituais sobre a temática em ambos os grupos e, nas duas culturas o aumento de peso, as dificuldades sexuais e os fogachos foram os maiores incômodos. O estudo sinaliza a importância da enfermagem em promover saúde atendendo a uma demanda que ainda desconhece as alterações do seu corpo.

**DESCRITORES**: Climatério; Cultura; Percepções; Sexualidade.

**ABSTRACT:** Menopause is the stage in which the ovarian hormones will no longer be manufactured. This study sought to identify the perceptions of the climacteric women residing in urban and rural areas, about the changes experienced at this stage, the interface of these in your daily life and the contradictions / similarities according to the culture in which they operate. The setting of this qualitative research was a municipality in the

northwest of the state of Rio Grande do Sul Between May and October 2009, using a semi-structured interview, women between 47 and 60 years postmenopausal, were interviewed. Can be seen on the thematic conceptual deficits in both groups and in both cultures weight gain, sexual difficulties, and hot flushes were the most troublesome. The study indicates the importance of nursing to promote health meeting a demand which still unaware of the changes in your body.

**DESCRIPTORS**: CLIMACTERIC; CULTURE; PERCEPTIONS; SEXUALITY.

**RESUMEN:** La menopausia es la etapa en la que ya no se fabrican las hormonas ováricas. Este estudio trata de identificar las percepciones de las mujeres climatéricas que residen en las zonas urbanas y rurales, sobre los cambios experimentados por el momento, la interfaz de estos en su vida cotidiana y las contradicciones / similitudes de acuerdo con la cultura en la que operan. El valor de esta investigación cualitativa fue un municipio en el noroeste del estado de Rio Grande do Sul, entre mayo y octubre de 2009, mediante una entrevista semi-estructurada, se entrevistó a mujeres de entre 47 y 60 años después de la menopausia,. Se puede ver en los déficits conceptuales temáticos en ambos grupos y en ambas culturas el aumento de peso, problemas sexuales, y los sofocos eran los más problemáticos. El estudio indica la importancia de la enfermería para promover la reunión de la salud una demanda que aún no conocen los cambios en su cuerpo.

**DESCRIPTORES**: CULTURA; CLIMATERIO; LAS PERCEPCIONES; LA SEXUALIDAD.

## INTRODUÇÃO

O climatério constitui-se em um dos períodos de transição no ciclo vital da mulher. É a fase em que os hormônios produzidos pelos ovários (estrogênio e progesterona) vão progressivamente deixando de ser fabricados. Ele marca a fase reprodutiva para outra não reprodutiva. Muito se confunde e algumas vezes até se usa o termo climatério como sinônimo de menopausa. Esta começa gradualmente e é assinalada por alterações na menstruação evoluindo para a cessação fisiológica das mesmas, associadas à função ovariana decrescente, portanto a menopausa é um evento que acontece durante o climatério[1]. O climatério está dividido em três etapas: transição menopausal, que vai dos 37 aos 46 anos; a perimenopausa, dos 46 aos 50 anos e; a pós-menopausa dos 51 até o fim da vida[2]. Alguns fatores podem influenciar a ocorrência do climatério, entre eles a hereditariedade, tabagismo, baixo peso, doenças, multiparidade e nuliparidade, obesidade, uso de contraceptivos e ainda cirurgias dos ovários, por isso nem sempre a idade cronológica irá delimitar esta fase. No entanto, 60% das mulheres vivenciam este período com vários sintomas e experimentam a síndrome climatérica de forma negativa; outras, no entanto, apresentam sintomas inexpressivos ou até mesmo não apresentam quaisquer

alterações[3]. Os fatores culturais, sociodemográficos e psicológicos juntamente com o hipoestrogenismo, podem influenciar a forma com que cada mulher climatérica experiência esta fase[3]. Constitui-se, o climatério, num processo amplo de transformações físicas, sociais, espirituais e emocionais, com instabilidades hormonais e emocionais, que estão permeadas pela cultura na qual a mulher está inserida[4]. É visto que em mulheres que não redefiniram seus papéis e propósitos sociais, as manifestações aconteçam de forma mais acentuada[5]. Estudos realizados mostraram que o contexto onde a mulher está inserida tem grande influencia na postura que ela adotará para vivenciar o climatério. Sem fixações neuróticas por parte das pessoas próximas, é possível que as alterações hormonais não causem pressões psicológicas possibilitando a ela adaptar-se e estar preparada para desfrutar as evoluções sintomáticas dessa etapa[6]. Atualmente, a expectativa de vida das mulheres brasileiras vem aumentando. Para o ano de 2025, estima-se que, nos países desenvolvidos, cerca de 23% da população alcance a faixa etária de 60 anos, sendo que este número no início deste século era de aproximadamente 6%[5]. Percebe-se que a sexualidade ainda é um tema que envolve tabu, e que há déficit em educação sexual, o que implica o lidar com a sexualidade no climatério e conviver com seus sintomas mais freqüentes. Cabe ao enfermeiro, inserir este tema no planejamento do cuidado, conhecendo as principais queixas, oportunizando espaços para manifestar, trocar, refletir e esclarecer aspectos relevantes da sexualidade feminina jamais relegando esta ao promover o cuidado. O despertar para o tema desta pesquisa, para a pesquisadora, surgiu por meio das consultas de enfermagem, na realização de exames preventivos. Frente às queixas sexuais e climatéricas quase que freqüentes das mulheres de meia idade, indagava-se sobre: Quais suas expectativas diante desta fase em diante? Qual é o papel do profissional enfermeiro frente a essa realidade? Tendo em vista a crescente longevidade feminina e a prevalência de disfunções na meia idade, este estudo justifica-se na medida em que visa orientar profissionais enfermeiros, para que sejam verdadeiros multiplicadores de saúde levando a informação e a orientação de acordo com a cultura na qual a mulher climatérica está inserida, promovendo um cuidado integral. Este cuidado deve efetivar-se levando em consideração a complexidade que compreende o indivíduo como um todo, visto que o climatério é uma experiência vivenciada subjetivamente pelas mulheres, por isso devem ser adequadamente interpretadas pelos profissionais de saúde, para que possam contribuir de maneira efetiva para a promoção da qualidade de vida deste grupo etário.

**OBJETIVOS**

Sendo o climatério um processo fisiológico, a mulher precisa estar preparada para vivenciar as evoluções das sintomatologias desta fase. Diante de vários fatores que interferem nessa travessia que a mulher faz entre o menacme e senectude, como a mulher vivencia o período do climatério? Portanto, objetivou-se com este estudo, identificar concepções da mulher climatérica residente na área urbana e na área rural, sobre as alterações experimentadas nesta fase e a interface destas alterações no seu cotidiano, de modo a buscar contradições e/ou similaridades de acordo com o meio na qual estão inseridas. Identificar alterações

ocorridas nesta fase, onde os diferentes grupos buscam auxílio e, ainda, verificar a ocorrência de fatores limitadores à qualidade de vida, foram objetivos específicos. Foram questões norteadoras para o estudo: o meio onde a mulher da zona urbana vive, com acesso a informações em maior facilidade do que mulheres residentes na zona rural, considerando-se meios de comunicação, informática, acesso à saúde e formação escolar/educacional interfere na percepção do climatério? Sendo assim, embora fisiologicamente iguais, têm estas, em virtude destas condições de vida e saúde, modos diferentes de entendimento e enfrentamento das dificuldades físicas e emocionais, decorrentes das alterações hormonais típicas desta fase?

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo. Este delineamento permite descobrir associações entre variáveis, estudando as características de determinados indivíduos selecionados de acordo com a idade, sexo, nível de escolaridade, nível socioeconômico e estado de saúde. Um estudo deste tipo preocupa-se em expor com precisão situações vivenciadas de determinados grupos[7]. Esta pesquisa teve uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa visa dados subjetivos, centra-se nas emoções dos indivíduos que vivenciam determinados problemas. Neste tipo de pesquisa deve-se levar em consideração a relação entre o pesquisado e o pesquisador, este devendo estar livre de pré-conceitos e pré-julgamentos frente ao pesquisado[8]. Os cenários deste estudo foram uma Unidade Básica e uma microárea coberta pelo PACS, de um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. A pesquisa foi desenvolvida no período de maio a outubro de 2009. Participaram do estudo 14 mulheres, 7 delas residentes no meio urbano e 7 no meio rural. Foram critérios de inclusão para participação no estudo: ser mulher climatérica na faixa etária entre 47 a 60 anos de idade, pós menopáusicas a mais de 1 ano, que aceitaram participar do estudo, mediante assinatura do TCLE. O recrutamento aconteceu da seguinte forma: foram convidadas a participar do estudo mulheres que estavam em sala de espera para consulta médica e de enfermagem do Programa de Saúde da Mulher, pertencente a uma Unidade Básica de Saúde Municipal. Na área rural, as entrevistas foram feitas com mulheres atendidas pelo programa de agentes comunitários de saúde (PACS), nos seus domicílios.A partir disso, incluiu-se na análise aquelas que preenchiam os critérios de inclusão do estudo. A coleta de dados, de caráter individual, deu-se através de uma entrevista semi-estruturada. É uma técnica em que o investigado se apresenta como fonte de informações para a parte do investigador, que busca coletar dados para a obtenção de informações acerca de determinado assunto[7]. A entrevista semi-estruturada conta com perguntas que estão relacionadas para o núcleo da pesquisa do investigador. Ainda, estando o investigador insatisfeito com as respostas obtidas, poderá enriquecê-las com novas perguntas[9]. Após a coleta de dados, efetuou-se a análise de conteúdo das falas. A análise de conteúdo compreende a exploração das mensagens utilizadas na comunicação, quer seja de um grupo, quer seja de um único indivíduo; seja sob a forma verbal ou escrita[10]. O estudo

pautou-se na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas em seres humanos, assumindo compromisso ético e legal para com os sujeitos do estudo. Todos os indivíduos participantes receberam um termo de consentimento livre e esclarecido e, para preservar a identidade dos sujeitos foram utilizados nomes de flores. O estudo somente foi iniciado mediante aceite das participantes, bem como parecer favoráveis do Comitê de Ética da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões – Campus URI Santo Ângelo e do gestor municipal de saúde.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após a coleta de dados, efetuou-se a análise dos conteúdos das falas dos sujeitos, buscando analisar os fatos e relatos obtidos na pesquisa, a fim de identificar percepções sobre a vida cotidiana urbana e rural das pessoas entrevistadas. Durante o desenvolvimento desta pesquisa, foram entrevistadas 14 mulheres, na faixa etária de 47 a 60 anos, sendo 7 residentes em área urbana e 7 residente em área rural. Sendo assim, mediante organização dos conteúdos, leitura sistemática, análise e inferência, emergiram oito categorias, assim descritas: Concepções acerca da conceituação dos termos climatério e menopausa; O aumento de peso gerando insatisfação; Com os nervos a flor da pele; O declínio do desejo sexual; O calor da meia idade; Doenças e o climatério; Avaliação e projeção para o futuro, e; Qualidade de vida em decréscimo. **Concepções Acerca Da Conceituação Dos Termos Climatério E Menopausa**: Observou-se, conforme relatos, a deficiência de conhecimentos sobre a fase vivida. Quando questionadas sobre o significado da palavra climatério, nenhuma entrevistada do meio rural soube responder e, mais da metade das mulheres responderam que a menopausa é a parada da menstruação. No meio urbano, o índice de desconhecimento da palavra climatério foi a mesma da área rural, mais da metade sabem o significado de menopausa e metade das mulheres rurais associam à menopausa a sintomatologia climatérica, e quase todas as entrevistadas do meio urbano também associam a sintomatologia do climatério a menopausa, o que demonstra deficiência da conceituação do climatério, e adequação do conhecimento sobre a menopausa, conforme falas: "*Sempre dá na TV. É quando pára a menstruação, dá os calorão, seca a vagina, a pele, resseca as unha, cai os cabelo, dá uma choraiada uma dorzaiada no corpo, nos ossos, perde vontade... Eu tenho isso aí, as veis fico insegura até pra sair."* (CRAVO RURAL**).** "*É que a mulher vai pará a menstruação, muda um monte de coisa, fica irritada, d´uns calorão, eu mesmo mudei um monte de coisa*". (CRAVO URBANO). Climatério é o período de transição em que a mulher sofre alterações biopsicossociais, advindas do início do término do período reprodutivo, sendo a menopausa, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) um evento biológico natural e espontâneo, portanto, exatamente como afirmaram as entrevistadas, a última menstruação[11]. As mulheres inseridas num contexto sócio cultural, têm sua própria maneira de definir a menopausa, a partir das relações, do modo de agir, das crenças, o qual construíram durante toda suas vidas, refletindo a realidade cultural[12]. **O Aumento De Peso Gerando Insatisfação**: Conforme a maioria das

respostas obtidas, o aumento de peso foi a alteração física que mais se sobressaiu; quase todas as mulheres entrevistadas do meio rural e pouco mais da metade do meio urbano relataram desconforto e insatisfação com as formas rotundas adquiridas nos últimos anos. Deste número expressivo, mais da metade de ambos os grupos, relatou apenas o aumento de peso como única alteração física, conforme podemos acompanhar nas falas: "*Eu era bem magrinha, fininha e engordei um horror*"! (ORQUÍDEA RURAL) "*Eu não percebi nada (silêncio), engordei, eu não tinha esse peso*"! (LIRIO RURAL) "*Poca coisa mudou, engordei mais, a gente fica mais pesada*". (CRAVO URBANO) Como se pode perceber, o excesso de peso é o maior incômodo físico para as mulheres climatéricas. O metabolismo diminui em torno de 2% por década vivida, não sendo a falta hormonal a responsável isoladamente pelo aumento de peso nesse período. Para ele o ganho adicional de peso está associado a diminuição da prática de atividades físicas, ao gasto reduzido de energia e a ingestão de calorias acima do desejado[13]. Entre a faixa etária dos 50 e 59 anos, coincidentemente com o período do climatério, é que o índice de massa corporal tende a assumir seu mais alto valor, sendo que também nesse período a alteração do metabolismo é responsável pela modificação da distribuição da gordura corporal, percebida pela ocorrência da tendência da gordura andróide, ou seja, aquela localizada na região abdominal[14]. **Com Os Nervos A Flor Da Pele**: No quesito "instabilidade emocional", todas as mulheres climatéricas de ambos os grupos relataram mudanças negativas. Dentre as alterações, encontram-se o nervosismo e a irritação como as principais queixas. Segundo as entrevistadas, crises acontecem por qualquer motivo sem justificativa aparentemente necessária. Afirmam ainda, que dentro de pouco tempo, passa a irritação e tudo volta a ficar bem, como se pode observar nos relatos a seguir: "*Ah! Fiquei mais briguenta, a gente se incomoda mais fácil, tudo incomoda, se não sai como a gente qué as coisa, deus ô livre, não sei explicar*"! (MARGARIDA RURAL) "*Ai os nervo, né?! Qualquer coisinha a gente ataca os nervo, mas dali a pôco tá tudo bom já*"! (ROSA URBANA) Os sintomas de natureza somática, inclusive a irritabilidade e nervosismo são oriundos da percepção do processo de envelhecimento e das condições psicossociais e estão menos associados à redução hormonal, visto que nesta fase o corpo sofre transformações, o relacionamento sexual pode estar conturbado, os filhos emancipam-se e, afetivamente o companheiro pode não estar tão presente[3]. Podemos identificar esse embasamento na fala de CRAVO moradora da área rural e GIRASSOL da área urbana, respectivamente: *"As vezes da aquela vontade de chorá. Pensa na idade, que logo vai morrer. Trabalha a vida inteira, não consegue nada! Não consigo arrumá os dente, fazê checap. Tenho que esperar a aposentadoria." "Sabia que tava na metade da vida, dá medo. Mas agora não tenho muita preocupação, antigamente era bem mais chorona".* **O Declínio Do Desejo Sexual**: Mais da metade das entrevistadas dos meios rural e urbano declarou ser a diminuição da libido, o maior incômodo sexual. Esta fase de amadurecimento existencial deve ser acompanhada pelo reflorescimento afetivo. Por ser um período de turbulências sexuais, é necessário mais diálogo e companheirismo, entre os parceiros, para sustentar a relação. A dispareunia que

pode ocorrer neste momento, devido ao hipoestrogenismo, acaba por dificultar a prática das atividades sexuais neste momento da vida[15]. É preciso cumplicidade e respeito para compreender que a qualidade das relações deve se sobressair à freqüência, de acordo com as falas: "*Diminui a vontade, se passá um mês, dois mês não faz falta, não tenho vontade*?" (LIRIO RURAL) *"Começa o ressecamento na vagina e o desinteresse sexual, diminuiu a libido. Hoje a quantidade diminuiu."* (LÍRIO URBANO) *"De uns tempo pra cá, não tem mais aquela...(silêncio) sabe?"(*MARGARIDA URBANA) Pode-se perceber que o processo de envelhecimento feminino é permeado por várias alterações, dentre as quais, conforme enumeradas anteriormente, a instabilidade emocional, a irritabilidade, a ansiedade, a queda do metabolismo das gorduras e as mudanças na aparência física o que por si só interfere na vida e no desejo sexual nessa fase. **O Calor Da Meia Idade: O Mais Característico Dos Sintomas**: O principal sintoma citado pelas entrevistadas como sendo o principal incômodo nesta fase foram os fogachos, principalmente da altura do tórax pra cima. Quase a totalidade de mulheres da área rural e urbana relatou a presença dos mesmos, afirmando que este não tem um momento mais específico do dia para ocorrer, mas que durante a noite é mais impertinente por ter que levá-las ao despertar do sono, conforme falas: "*Saia um calor do interior perto do pescoço e sobe pelas orelhas, da sensação de latejar a ponta das orelhas e já começa o suor do couro cabeludo, inclusive tem que lavar o cabelo todo dia. Tú se sente mal, onde tu ta parece que ta cheirando muito".* (LÍRIO URBANO) *"Os calorão, meu Deus! È mais de noite, sabe assim, o coração acelera, essa noite sentei na cama, acordei suada, depois da aquele frio, parece que queima. Assim e logo passa."* (ROSA URBANA) Os fogachos são definidos como um momento de intenso calor, que se concentra mais nos membros superiores e face e, que apresenta como principal causa a deficiência do hormônio estrogênio. Já, a intensidade das ondas de calor pode estar associada a fatores como tabagismo, etilismo, IMC, prática de atividade física, dentre outros[16]. Com o passar dos anos após a menopausa, a tendência de ocorrer ondas de calor de menor intensidade são maiores, ao contrário do momento da perimenopausa ou de quando acontece uma queda brusca dos hormônios estrógeno e progesterona[16]. Porém, algumas mulheres podem ter de conviver por cerca de 10 a 15 anos com esta sintomatologia[17]. **As Doenças e o Climatério**: Na zona rural apenas uma entrevistada referiu surgimento de dores diversas, sem ter um diagnóstico médico definido, o restante das entrevistadas do meio rural não referiu surgimento de nenhuma doença. Acompanhe o relato de CRAVO RURAL: "*Tenho dor nas mão, nos osso, me formiga as mão, me encaranga os dedinho, sempre afumento, passo estronge, bom pra tudo. O médico disse que não é nada, acho que é reumatismo*". No meio urbano, apenas uma entrevistada referiu aparecimento de depressão um ano após a parada da menstruação. O restante não referiu surgimento de nenhuma patologia. É importante ressaltar que, embora a maioria das entrevistadas no meio rural trabalhava com agricultura, uma prática que exige bastante esforço físico, um número insignificante delas relatou apresentar distúrbios osteo-articulares. Podemos citar como exemplo comum nesta fase a perda de massa óssea. Como

um fator associado ao envelhecimento, a osteoporose pode gerar dor, fraturas e incapacidades. No período pós menopáusico as mulheres precisam ingerir maiores quantidades de cálcio na dieta, visto a rápida excreção pelos rins e a ineficácia de absorção do mesmo[1]. As complicações de um episódio depressivo podem afetar diretamente a qualidade de vida das mulheres no climatério, visto que é uma patologia que tem uma prevalência de 9% durante esse período. Nesse momento de transformações físicas e emocionais podemos associar, importantes variáveis para o desencadeamento de uma crise depressiva, tais como, a idade que vai avançando e acarretando mudanças no corpo acompanhado do medo de envelhecer e a aposentadoria permeada por um sentimento de inutilidade[18]. **Qualidade de vida em Decréscimo** É possível perceber que a medida que a idade vai avançando, juntamente com a falta de condições financeiras a falta de conhecimento acerca do assunto, a qualidade de vida tende a ficar comprometida. Mais da metade das entrevistadas do grupo rural afirmam não fazer nada para amenizar os impactos da carência estrogênica. Os depoimentos demonstram passividade e acomodação frente aos desconfortos apresentados, sinalizando a deficiência de iniciativas de educação em saúde nesta área. As falas abaixo demonstram esta acomodação e passividade: "*Deus me ajuda, né?! Faze o que, não tem o que faze*!" (ORQUÍDEA RURAL) "*Tirei o sal, a gordura, pra cuida da pressão*!" (LIRIO RURAL) "*Agora vai ser assim mesmo. Faz muito bem pra saúde a pessoa ri, né*? (risada)" (GIRASSOL RURAL) As entrevistadas afirmaram que a menopausa é um processo fisiológico e aceitam que terão de conviver com as alterações advindas deste período por longos anos. Pela falta de conhecimento e orientação, a grande maioria das entrevistadas do meio rural acredita não haver o que fazer, poucas conhecem a terapia de reposição hormonal, e nenhuma realizou o tratamento, havendo muitas dúvidas a serem esclarecidas conforme a fala de uma entrevistada da zona rural: "*Capaz que eu vo faze! Esses remédio é mais fácil de pegar o câncer de mama, daí eu que não vo faze, arrisca minha saúde*! (COPO-DE-LEITE) No grupo de entrevistadas do meio urbano mais da metade das mulheres já aderiram a terapia de reposição hormonal, e todas elas param com seu uso pelo mesmo motivo: o aumento de peso, acompanhe os relatos: *"Usei uns 3 mes, os calorão pararam, mas meu peso aumento muito, me sentia muito mal, daí o médico disse que podia se do remédio, daí não quis mais saber. Agora tomo bastante chá, como bastante verdura, fruta, evito fritura, principalmente a noite."* (MARGARIDA URBANA). *" Eu tava me sentindo uma mulherzinha de 20 e poucos anos, tinha mais disposição, na parte sexual voltei a ter lubrificação, aumentou a libido, mas aumentei de peso, principalmente na região abdominal, ai a vaidade pega, né?! Hoje uso só hormônios naturais que dão benefícios a longo prazo, como os derivados da soja, folha de amora branca e diariamente tomo chás."* (LÍRIO URBANO). A terapia de reposição hormonal (TRH) tende a vir a amenizar ou ao menos diminuir os incômodos sintomas a curto e em longo prazo associados a esse período. Porém esta deve ser conduzida e orientada por um profissional competente, visto que seus efeitos em longo prazo, ou em doses acima do necessário podem causar mais risco que benefícios para a paciente. Em nossa realidade

vigente faltam ações e incentivos por parte dos gestores para que a TRH seja efetivamente implementada e traga os benefícios adequados a qualidade de vida climatérica1. Da mesma forma, a prática de atividades físicas pode tornar o processo de envelhecer mais lento e esta quando utilizada em conjunto com uma alimentação saudável e a prática de bons hábitos à saúde, permite um melhor desempenho fisiológico[19]. Quando se mantém o hábito regular da prática de atividades físicas, esta traz grandes benefícios para a saúde, como nos casos de problemas de artralgias e mialgias, cardiovasculares, pulmonares, além de diminuir o acometimento dos sintomas somáticos, contribuindo ainda para a perda de peso e para a elevação da auto-estima[14]. **Avaliação E Projeção Para O Futuro**: Das entrevistadas do meio rural, todas relataram estar satisfeitas com sua trajetória de vida até o momento atual e apesar de todas terem o ensino fundamental incompleto apenas uma complementou que gostaria de ter estudado mais. A aposentadoria e as melhorias na casa própria foram os itens de maior desejo para o futuro. "*Só que não estudei, podia ter sido melhor se eu tivesse estudado, né? Sô bem feliz com meus filhos, tem saúde, são bem sadio. Bom, tão encaminhado, tão tudo perto. Meu sonho é a hora que me aposentar arrumar minha casinha*".(CRAVO RURAL). "*Gosto da vida que tenho, tenho dificuldade mas é uma vida bem boa. Não mudaria nada, to bem resolvida*" (LÍRIO RURAL). Já o grupo de mulheres do meio urbano, menos da metade referiu estar satisfeitas com a trajetória de vida e a maioria lamenta a falta de estudos e de recursos financeiros. Igualmente as mulheres rurais, as urbanas também sonham com a aposentadoria. A maioria também relatou desejar muito viajar e estudar. " *Ia me interessar mais em estudar, sinto falta de um curso superior, do resto sou muito feliz, tenho uma estrutura de família boa*".(LÍRIO URBANO). "*Estudar mais não tem nem o que pensar. Quero terminar os estudos, me formar, viajar*" (MARGARIDA URBANA). "*Se eu pudesse voltar eu ia estudar, era longe... depois eu cuidava dos meus pais, sempre esperava passar os problemas pra estudar, certamente ia ter uma oportunidade maior. Quero ver minha filha formada, meu objetivo é ela!* ". (GIRASSOL URBANO). "*Pretendo me aposentar, viajar, ser feliz, ir a praia*" (ROSA URBANA).

## CONCLUSÕES

Mediante este estudo, observou-se a real percepção das mulheres climatéricas residentes no meio urbano e no meio rural sobre esse período. Este estudo buscou conhecer as contradições e as similaridades ocorridas no climatério e, o que se pôde perceber em ambos os grupos, foi que ainda existe pouca ou nenhuma informação sobre essa fase e, tampouco sobre a necessidade de assistência preventiva e informativa para o novo período. O termo "climatério" era desconhecido para todas as mulheres entrevistadas, as residentes na área urbana tinham maior conhecimento sobre o termo menopausa e também associavam mais os sintomas climatéricos a menopausa. Da mesma forma estas participantes foram as únicas que buscaram auxílio médico para resolver algum desconforto desta fase, sendo que mais da metade das mulheres urbanas já experimentaram a terapia de reposição hormonal e,

também adotaram hábitos novos a saúde; enquanto nenhuma participante do meio rural adotou algum hábito novo, quer seja ele a pratica de atividades físicas, modificações na alimentação, inclusive a TRH, todos visando de alguma forma melhoria da qualidade de vida. Partindo desses dados pode-se afirmar que o acesso aos meios de comunicação, a informática e o acesso a educação e saúde contribuem de forma positiva na vida das mulheres urbanas que, embora fisiologicamente iguais, têm estas, em virtude destas condições de vida e saúde, modos diferentes de entendimento e enfrentamento das dificuldades físicas e emocionais, decorrentes das alterações hormonais típicas desta fase. Observou-se que as mulheres apresentam mudanças nesta fase, e tendo em vista a longevidade, onde um número cada vez mais crescente de mulheres entrarão para esta etapa da vida é, por si só suficiente a necessidade de um trabalho efetivo de divulgação e educação por parte dos profissionais enfermeiros, não devendo estes omitir-se do processo educativo acerca da sexualidade, contribuindo para o autoconhecimento e a compreensão do indivíduo enquanto ser mulher que deve ser vista na sua totalidade. O profissional de enfermagem enquanto agente transformador precisa criar oportunidades para discussões, para troca de experiências culturais, visto as relações familiares e sociais e as modificações fisiológicas de cada grupo, tornando-as indivíduos responsáveis pela sua saúde com autonomia e poder de decisão para buscar com conhecimento um futuro com maior qualidade de vida. É de suma importância que as mulheres recebam orientação sobre as mudanças fisiológicas dessa fase para que assim possam identificar os maiores incômodos, facilitando a escolha terapêutica mais adequada. A prática profissional da enfermagem cumpre um papel fundamental na sociedade sendo capaz de difundir e dissipar conhecimentos científicos, sendo que uma assistência de qualidade será possível no momento em que profissionais enfermeiros planejarem uma assistência admitindo o ser humano como um ser sexuado. Enquanto profissionais, é preciso que enfermeiros incorporem em suas práticas o real significado do processo saúde-doença dando prioridade aos anseios que o paciente traz consigo, para que este possa assumir com autonomia a condução e promoção do seu bem-estar, assim como a saúde. Com os resultados desta pesquisa fica evidente que a falta de conhecimento sobre a fase vivida, faz com que as mulheres vivenciem suas histórias como meras expectadoras, acomodando-se as limitações e transformações negativas deste período. Com o término deste projeto, acredita-se ter alcançado os objetivos propostos, visto que foi possível conhecer melhor ambas as realidades e uma fase do ciclo evolutivo feminino pouco explorado, encoberto de mitos, estando as mulheres à mercê da deficiência de conhecimento. Os profissionais precisam despertar para a complexidade e subjetividade que envolve o Ser humano, e em especial, neste caso, o Ser mulher, contribuindo para sua valorização e motivação durante este período que, em tempo, com a crescente longevidade, tende a ser equivalente ao período reprodutivo.

ÁREA TEMÁTICA: Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS:**

1. Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem medico cirúrgica**.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

2. Gonçalves R. Vivenciando o climatério*:* o corpo em seu percurso existencial à luz da fenomenologia. São Paulo: USP, 2005. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

3. Lorenzi DRS, Danelon C, Saciloto B, Padilha I. Fatores Indicadores da Sintomatologia climatérica. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2005; 27(1): 12-19.

4. Daoud IG. Encontros e desencontros das mulheres climatéricas que buscam assistência em serviço do Sistema Único de Saúde. Revista Enfermagem UERJ, Rio de janeiro 2002; 10: 33-37.

5. Favarato MEC, Aldrighi JM. A Mulher Coronariopata no Climatério Após a Menopausa: Implicações na Qualidade de Vida. Revista Associação Médica Brasileira 2001, 47(4): 339-45.

6. Sa CAM et al. Sexualidade Humana. Rio de Janeiro: Editora RevinteR; 2000.

7. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas S. A.; 1994.

8. Leopardi MT et al. Metodologia da Pesquisa na Saúde**.** Santa Maria: Pallotto; 2001.

9. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas S. A; 1987.

10. Freitas H, Janissek R. Análise Léxica e Análise de Conteúdo: técnicas complementares, seqüenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 2000.

11. Milanez MRM, Nery IS. Percepção das mulheres sobre o climatério: Bases para a Assistência de Enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 2004; 8(2): 198-204.

12. Costa GMC, Gualda DMR. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. Rev. esc. enferm. USP 2008 mar: 42(1): p.81-89.

13. Pardini DP. Aspectos Endocrinológicos do Climatério; 1996.

14. Lorenzi DRS, Saciloto B. Freqüência da Atividade Sexual em Mulheres Menopausadas. Revista Associação Médica Brasileira 2006; 52(4): 256-60.
15. Favarato MECS, Aldrighi JM, Fráguas Jr, Pires ALR, Lima SMRR. Sexualidade e climatério: influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Reprod Clim 2000; 15(4): 199-202.

16. Sá DS, Pinto-Neto AM, Conde DM, Pedro AO, Oliveira SCM, Costa- Paiva L. Fatores associados à intensidade das ondas de calor em mulheres em climatério. Rev. Assoc. Med. Bras. 2006 dez; 52(6):413-418.

17. Samsioe G. Menopausa e Terapia de Reposição Hormonal. 2.ed. São Paulo: Merit Publishing International; 2001.

18. Polisseni ÁF, Araujo DAC, Polisseni F, Junior CAM, Polisseni J, Fernandes ES, Guerra MO. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2009 jan; 31(1): 28-34.

19. Meirelles MEA. Atividade Física na 3ª Idade. 3.ed. Rio de Janeiro: Sprint; 2000.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ENTREVISTA TELEFÔNICA COMO TÉCNICA DE COLETA DE DADOS NA ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

# TELEPHONE INTERVIEW AS TECHNICAL DATA COLLECTION IN NURSING: AN EXPERIENCE REPORT

# ENTREVISTA DE TELÉFONO COMO TÉCNICO DE RECOPILACIÓN DE DATOS EN ENFERMERÍA: UN RELATO DE EXPERIENCIA

RODRIGUES, Andressa Peripolli[1]
MARTINS, Elaine Lutz[2]
PADOIN, Stela Maris de Mello[3]
PAULA, Cristiane Cardoso[4]
BICK, Marília Alessandra[5]
BRUM, Crhis Netto[6]
ZUGE, Samuel Spiegelberg[7]
PIESZAK, Greice Machado[8]

1Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (Fortaleza). E-mail: andressaufsm@hotmail.com.
2Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro).
3Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta na Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).
4Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta na Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).
5Graduação em Nutrição pelo Centro Universitário Franciscano. Graduação em Tecnologia em Alimentos na Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).
6Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Rio Grande do Sul).
7Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor Substituto na Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).
8Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Professora do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões URI Campus Santiago (Rio Grande do Sul).

## RESUMO

**Introdução**: a entrevista é apontada como uma ferramenta adequada para a coleta de dados quando o pesquisador busca apreender aspectos da subjetividade dos sujeitos do estudo. Destaca-se que a entrevista pode ser mediada pelo telefone para a coleta dos dados, pois combina baixo custo e facilidade na administração das questões com altas taxas de respostas. No entanto, assim como as outras, a entrevista por telefone requer preparo prévio

dos investigadores, tanto para a construção das questões como para o momento da entrevista. **Objetivo**: relatar a experiência da entrevista telefônica como técnica de coleta de dados em pesquisa na enfermagem. **Métodos**: trata-se de um relato de experiência da utilização da entrevista mediada pelo telefone em uma pesquisa de conclusão de curso de gradação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Esta foi realizada no Hospital Universitário de Santa Maria, com recém-nascidos de baixo peso (RNBP) que internaram na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Resultados**: o estudo apresentou algumas limitações durante o desenvolvimento da etapa de coleta de dados, pois durante a fase de caracterização dos RNBP nos prontuários dessas crianças, algumas vezes, os mesmos apresentavam preenchimentos incorretos ou falta de dados, como o contato telefônico. Além disso, o método utilizado de entrevista telefônica causou perdas significativas, muitas vezes, ocasionadas pela indisponibilidade do contato telefônico ou pelo responsável da criança não estar em casa no momento da entrevista. **Conclusões**: assim, é necessária a ampliação de novas técnicas de coletas de dados, proporcionando um custo-benefício mais baixo para o pesquisador e que, ao mesmo tempo, apresente fidedignidade aos achados.

**DESCRITORES**: Enfermagem; Pesquisa em enfermagem; Coleta de dados; Educação em enfermagem.

**ABSTRACT**

**Introduction**: the interview is seen as a suitable tool for data collection when the researcher attempts to grasp aspects of the subjectivity of the study subjects. It is noteworthy that the interview may be mediated by phone to collect data, it combines low cost and ease of administration issues with high response rates. However, like the other, the telephone interview requires prior preparation of researchers, both for the construction of the questions as to the time of the interview. **Aims**: To report the experience of the telephone interview as a technique for data collection in nursing research. **Methods**: This is an experience report on the use of the telephone interview mediated in a survey course completion gradation in Nursing, Federal University of Santa Maria. This was held at the University Hospital of Santa Maria, with newborns of low birth weight (LBW) who were hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. **Results**: The study had some limitations during the development stage of data collection, because during the characterization phase of LBW infants in the medical records of these children sometimes fills them had incorrect or missing data, such as telephone contact. Furthermore, the method used telephone interview caused significant losses often caused by the unavailability of telephone contact or the person responsible child not home at the time of interview. **Conclusions**: thus, it is necessary to expand new techniques of data collection, providing a cost-effective lower for the researcher and at the same time, introduce reliability to the findings.

**DESCRIPTORS:** Nursing; Nursing research; Data collection; Education, Nursing.

**RESUMEN**

**Introducción**: la entrevista se ve como una herramienta adecuada para la recopilación de datos cuando el investigador intenta captar los aspectos de la subjetividad de los sujetos de estudio. Es de destacar que la entrevista puede ser mediada por teléfono para recoger los datos, ya que combina el bajo costo y la facilidad de los problemas de administración con altas tasas de respuesta. Sin embargo, al igual que la otra, la entrevista telefónica requiere una preparación previa de los investigadores, tanto para la construcción de las preguntas como con el momento de la entrevista. **Objetivo**: Presentar la experiencia de la entrevista telefónica como técnica de recolección de datos en la investigación en enfermería. **Métodos**: Se trata de un relato de experiencia en el uso de la entrevista mediada por teléfono en una encuesta de la finalización de la clasificación en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Maria. Esto se llevó a cabo en el Hospital Universitario de Santa María, con los recién nacidos de bajo peso al nacer (BPN) que fueron hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. **Resultados**: El estudio tuvo algunas limitaciones en la etapa de desarrollo de la recopilación de datos, ya que durante la fase de caracterización de los bebés con bajo peso en las historias clínicas de estos niños a veces se llena los tenían datos incorrectos o faltantes, como el contacto telefónico. Además, el método de la entrevista telefónica utilizada causó importantes pérdidas causadas a menudo por la falta de contacto telefónico o el niño la persona responsable no está en casa en el momento de la entrevista. **Conclusiones**: por lo tanto, es necesario ampliar nuevas técnicas de recopilación de datos, proporcionando un menor coste-efectiva para el investigador y, al mismo tiempo, introducir fiabilidad de los hallazgos.

**DESCRIPTORES:** Enfermería; Investigación en enfermería; Recolección de datos; Educación en enfermería.

## INTRODUÇÃO

Devido ao crescente interesse no desenvolvimento de pesquisas no campo da saúde, tem-se buscado um rigor metodológico cada vez mais apurado e bem delineado. Para tal, é necessário atentar para as características das investigações no sentido de manter a coerência e a consistência dos estudos principalmente, para a construção do objeto de estudo e questão de pesquisa, o estabelecimento de estratégias para a etapa de campo e a escolha da técnica de coleta e análise dos dados[1].

Nesse sentido, a entrevista é apontada como uma ferramenta adequada para a coleta de dados quando o pesquisador busca apreender aspectos da subjetividade dos sujeitos do estudo. Esta pode ser caracterizada desde uma conversa informal, com uma finalidade, até

um roteiro padronizado, e que podem ser denominadas como: estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas[2].

Além disso, ela pode ser desenvolvida face a face ou mediada. Na entrevista face a face, entrevistador e entrevistado se encontram diante um do outro e podem sofrer influências verbais e não verbais. Na segunda, a comunicação pode acontecer por meio do telefone, do ambiente virtual, de um questionário, entre outros[2-3].

Dentre estes, destaca-se a entrevista mediada pelo telefone como técnica de coleta de dados que combina baixo custo e facilidade na aplicação das questões com taxas altas de respostas. A expansão da telefonia fixa e móvel é expressiva nos últimos anos, podendo ser alternativa de contato e acompanhamento de estudos, especialmente nas áreas urbanas. No entanto, apesar de tratar-se de uma técnica em que os resultados são obtidos com rapidez, a entrevista por telefone requer preparo prévio dos investigadores, tanto para a construção das questões como para o momento da entrevista[4].

**OBJETIVO**

Relatar a experiência da entrevista telefônica como técnica de coleta de dados em pesquisa na enfermagem.

**MÉTODOS**

Trata-se de um relato de experiência da utilização da entrevista mediada pelo telefone em uma pesquisa de conclusão de curso de gradação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Esta foi realizada no Hospital Universitário de Santa Maria, com recém-nascidos de baixo peso (RNBP) que internaram na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no período de 01 de agosto de 2009 à 31 de agosto de 2010. Esse corte temporal foi estabelecido para que os RNBP tivessem idade igual ou maior que um ano de vida no período de coleta dos dados, que foi realizada entre agosto e outubro de 2011.

Para a busca dos recém-nascidos (RN), foi realizado um levantamento inicial da população por meio dos registros da UTIN, obtendo-se uma população de 163 RNBP. Após, iniciou-se a análise dos prontuários dos RNBP, em que, considerando os critérios de exclusão, obteve-se um total de 153 RNBP, no qual foram selecionados para a entrevista telefônica.

Destes RNBP, 58 (37,90%) os números telefônicos não estavam disponíveis durante as tentativas, três responsáveis pelo RNBP (1,96%) recusaram-se em participar da pesquisa e 17 RNBP (11,11%) foram excluídos, pois quem atendeu o telefonema não conhecia o RN. Ainda, que se tenha sofrido perdas, a população contemplou um total de 44,17%, ou seja, 72 RNBP analisados no estudo.

Para a coleta de dados foi elaborado um formulário contendo dados: referentes à internação do RN (data de nascimento, data de internação e alta da UTIN, hospital em que nasceu, período de internação, sexo, peso ao nascer, apgar, motivo da internação, tipo de alimentação durante internação e no momento da alta, além de dados maternos como idade gestacional, idade materna no momento de parto, tipo de parto); dados sociodemográficos

da mãe, quando era sta a entrevistada (número de filhos, realização de pré-natal na gestação dessa criança e o número de consultas, se a puérpera trabalhou no primeiro ano de vida do seu filho, se teve licença maternidade, sua escolaridade, estado civil e renda familiar) e o tipo de alimentação do RNBP, desde a alta hospitalar até um ano de vida.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O uso da técnica de levantamento de dados por telefone tem sido um dos métodos mais utilizados, o que pode ocorrer devido ao crescimento de telefones domésticos e de celulares[5]. Em 2008, mais da metade (53,8%) da população de dez anos ou mais, ou seja, cerca de 86 milhões de pessoas, tinham telefone celular, o que representava um percentual de 36,6% em 2005, correspondendo a 56 milhões de pessoas. De 2005 para 2008, enquanto a população de dez anos ou mais de idade cresceu 5,4%, o contingente com celular teve aumento de 54,9%. Das pessoas com celular de uso pessoal, 44,7% (38,6 milhões) não tinham telefone convencional, percentual decrescente, de acordo com o aumento do rendimento mensal domiciliar per capita[6].

Com isso, inúmeros pesquisadores têm conseguido eficácia, por meio deste tipo de coleta de dados[7-9]. No que tange a enfermagem, pesquisadores também têm utilizado tal recurso em seus estudos, [10-11] até mesmo, utilizando o telefone como estratégia de intervenção[12]. A adequação da utilização do telefone como estratégia para coleta de dados em pesquisas vem sendo empregada já há algum tempo na áera da saúde materno-infantil, para avaliação de intervenções educativas em enfermagem[13-15].

O presente estudo, realizado para identificar o tipo de alimentação de RNBP, apresentou algumas limitações durante o desenvolvimento da etapa de coleta de dados, pois durante a fase de caracterização dos RNBP nos prontuários dessas crianças, algumas vezes, os mesmos apresentavam preenchimentos incorretos ou falta de dados, como o contato telefônico. Além disso, o método utilizado de entrevista telefônica causou perdas significativas, muitas vezes, ocasionadas pela indisponibilidade do contato telefônico, ou pelo responsável da criança não estar em casa no momento da entrevista.

Algumas dificuldades são opontadas em outro estudo, que avaliou o uso da entrevista telefônica na coleta de dados, como a dificuldade em detectar respostas incorretas, a limitação na coleta de informações detalhadas, a dificuldade em obter os telefones das pessoas e por atingir somente os indivíduos que possuem este recurso. Porém, destacam que a principal vantagem da entrevista por telefone é a necessidade de o pesquisador obter dados em curto espaço de tempo, sendo esta, muitas vezes, a razão de sua escolha[4].

Nesse sentido, a rapidez e o baixo custo proporcionam, para este tipo de coleta de dados, uma grande vantagem de utilização da técnica, pois levantamentos extensos, que tomam por base listas telefônicas, podem ser realizados em poucos dias, ou até poucas horas. Um aspecto relevante que deve ser considerado no momento do planejamento do estudo se refere ao tamanho do questionário empregado, uma vez que este não deve ser extenso, sendo elaborado com um pequeno número de perguntas, pois muitas pessoas se incomodam

quando interrompidas em suas atividades, com uma grande quantidade de questões.16 Assim, torna-se necessário considerar que as perguntas sejam curtas e simples, com opções de resposta pouco numerosas e curtas, no limite de 20 palavras ou menos, e linguagem mais simples possível[5].

Além disso, como a entrevista depende inteiramente da comunicação verbal do que da visual, palavras mal pronunciadas, dificuldade na audição ou dicção de palavras, podem resultar em prejuízos, uma vez que as pessoas respondem ao que ouviram. Ressalta-se que, às vezes, as pessoas são chamadas ao telefone no meio de suas atividades e podem continuar a exercê-las, como por exemplo, assistindo televisão ou preparando refeições, o que resulta numa atenção parcial à entrevista[4].

Estudo realizado nos Estados Unidos da América aponta que a entrevista pelo telefone pode proporcionar um valioso ponto de contato com as pessoas e permite que o entrevistador encaminhe para o atendimento mais adequado, quando indicado. Para tal, é necessário que os entrevistadores se identifiquem e apresentem as instituições afiliadas no estudo, e o consentimento verbal deve ser obtido antes de iniciar a pesquisa[17].

As entrevistas telefônicas são uma forma relativamente barata de coletar dados de pesquisa, além de o entrevistador poder conduzir as entrevistas em um lugar de sua escolha, evitando assim problemas de segurança, como por exemplo, ter que se deslocar até um bairro perigoso. Além disso, os entrevistados podem ser menos influenciados por meio do entrevistador pelo telefone do que por um entrevistador que a faça pessoalmente[17].

No entanto, o ruído ao fundo da ligação (por exemplo, televisores altos ou outras conversas) podem interferir nesse processo, o que dificulta para o entrevistador ouvir as respostas. Em tais casos, o entrevistador deve perguntar se a pessoa que está sendo entrevistada não poderia ir para um local mais silencioso enquanto estiver respondendo as questões[17].

Mesmo com as dificuldades apresentadas, o uso do telefone para coletar dados pode se tornar uma experiência rica e interessante. Assim, a entrevista por telefone pode ser um meio útil de gerar dados, possibilitando respostas rápidas às questões[4].

## CONCLUSÕES

A entrevista telefônica pode ser considerada como uma maneira eficiente de coletar dados e seu emprego deve ser expandido para as pesquisas em enfermagem. Destacam-se algumas limitações em seu uso, como necessidade de utilizar questões curtas e em pequeno número e ainda o fato de que ocorre uma mudança rápida do número de telefone nos dias de hoje.

Assim, é necessária a ampliação de novas técnicas de coletas de dados, proporcionando um custo-benefício mais baixo para o pesquisador e que, ao mesmo tempo, apresente fidedignidade aos achados.

**ÁREA TEMÁTICA**: Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS**

1 Günther H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? Psiciologia: teoria e pesquisa. 2006; 22(2):201-10.

2 Silva GRF, Macêdo KNF, Rebouças CBA, Souza AMA. Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. Online Brazilian Journal of Nursing, v. 5, n. 2, 2006.

3 Vieira T, Dias TRS. A entrevista na pesquisa: estudo da interação entrevistador-entrevistado. Psicol. Teor. Pesqui. 1994; 10(2):299-316.

4 Cassiani SHB, Zanetti ML, Pelá NTR. Entrevista por telefone: estratégia metodológica para coletar informações da população. Rev Paul Enf. 1992; 11(1):30-4.

5 Gray DE. Pesquisa no mundo real. 2ª ed. Porto Alegre: Penso; 2012.

6 IBGE. Instituo Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro: IBGE; 2009.

7 Costa MFFL, Peixoto SV, César CC, Malta DC, Moura EC. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009; 43(supl.2):18-26.

8 Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009; 43(supl.2):74-82.

9 Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009; 43(supl.2):27-37.

10 Dennis CL. Breastfeeding Peer Support: Maternal and Volunteer Perceptions from a Randomized Controlled Trial. BIRTH. 2002; 29(3):169-76.

11 Dennis CL. The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. Canadian Journal of Psychiatry. 2003; 48:115-24.

# TRANSTORNOS NA LACTAÇÃO QUE DECORREM DA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

# DISORDERS IN LACTATION THAT RESULT FROM PRACTICE OF BREASTFEEDING

# TRASTORNOS EN LA LACTACIÓN QUE TRANSCURREN DE LA PRÁCTICA DEL AMAMANTAMIENTO MATERNO

RODRIGUES, Andressa Peripolli[1]
PADOIN, Stela Maris de Mello[2]
PAULA, Cristiane Cardoso[3]
ALDRIGHI, Juliane Dias[4]
BRUM, Crhis Netto[5]
ZUGE, Samuel Spiegelberg[6]
PIESZAK, Greice Machado[7]
POTRICH, Tassiana[8]

1Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (Fortaleza). E-mail: andressaufsm@hotmail.com.
2Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta na Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta na Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).
4Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).
5Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Rio Grande do Sul).
6Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor Substituto na Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).
7Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Professora do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões URI Campus Santiago (Rio Grande do Sul).
8Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).

## RESUMO

**Introdução**: Entende-se que os desconfortos causados pelos transtornos são parte do que é ser mãe e mulher, quando é possível, por meio da prevenção, vivenciar a amamentação sem desconfortos e demais desgastes emocionais que podem surgir. **Objetivo**: identificar, nas produções científicas, os transtornos na lactação que decorrem da prática do aleitamento materno. **Métodos**: desenvolveu-se uma revisão da literatura, nas bases de dados Latino-

Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e *Medical Literatura Analysis and Retrieval Sistem On-line*, utilizando os descritores: "aleitamento materno" *and* "transtornos da lactação". Os critérios de inclusão foram artigos de pesquisas na temática disponíveis *online*, na íntegra e gratuitos; em inglês, português ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. **Resultados**: a partir dos 17 estudos incluídos, identificou-se como transtornos na lactação: crença das mães no leite insuficiente, desconfortos físicos e emocionais, mastite e ingurgitamento mamário, relação entre peso materno e aleitamento materno, hipogalactia e produção de prolactina. **Conclusões**: existem poucas produções referentes aos transtornos na lactação, sendo necessário investimento em estudos que enfatizem os tratamentos para esses transtornos.

**DESCRITORES:** Enfermagem. Saúde da Mulher. Aleitamento Materno. Transtornos da Lactação.

**ABSTRACT**

**Introduction:** It is understood that the discomforts caused by disorders are part of being a mother and wife, when it is possible, through prevention, breastfeeding experience without too much wear and emotional discomforts that may arise. **Aims**: identify, on scientific production, the disorders in lactation that happen from the practice of breastfeeding. **Methods**: we developed a literature review, on data bases from Latin America and Caribe in Health Sciences e*Medical Literatura Analysis and Retrieval Sistem On-line*, using the descriptors: "breastfeeding" *and* "lactation disorders". Criteria inclusion were articles of researches in the theme available online, full and free; in English, Portuguese or Spanish. Exclusion criteria were articles without abstract in the database or incomplete. **Results**: from 17 studies included, we identified as lactation disorders: belief of mothers in insuficient milk, physical and emotional discomfort, mastitis and engorgement, relation between maternal weight and breastfeeding, hypogalactia and prolactin production. **Conclusions**: there are few publications referred to lactation disorder, being necessary the investment on studies that emphasize treatment for these disorders.

**DESCRIPTORS:** Nursing. Women's Health. Breastfeeding. Lactation disorders.

**RESUMEN**

**Introducción**: Se entiende que las molestias causadas por trastornos son parte de ser una madre y esposa, cuando es posible, a través de la prevención, la experiencia de amamantar sin demasiado desgaste y malestares emocionales que pueden surgir. **Objetivo**: identificar, en producciones científicas, los trastornos en la lactación que transcurren de la práctica del amamantamiento materno. **Métodos**: se desarrolló revisión de literatura, en bases de datos Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud y *Medical Literatura Analysis and Retrieval Sistem On-line*, utilizando los descriptores: "amamantamiento materno" y

"trastornos de la lactación". Los criterios de inclusión fueron artículos científicos en la temática disponibles online, por entero y gratuito; en inglés, portugués o español. Los criterios de exclusión fueron artículos sin resúmenes en la base de datos o incompletos. **Resultados**: a partir de 17 estudios incluidos, se identificó como trastornos en lactación: creencia de madres en la leche insuficiente, incomodidades físicas y emocionales, mastitis e ingurgitamiento mamario, relación entre peso materno y amamantamiento materno, hipogalactia y producción de prolactina. **Conclusiones**: existen pocas producciones referentes a trastornos en lactación, siendo necesario inversión en estudios que enfaticen los tratamientos para esos trastornos.

**DESCRIPTORES:** Enfermería. Salud de la Mujer. Amamantamiento Materno. Trastornos de la lactación.

## INTRODUÇÃO

Em razão dos benefícios que o aleitamento materno (AM) oferece, é fundamental que as mulheres conheçam as práticas relacionadas ao AM, para que mãe e filho possam vivenciar a amamentação de forma afetiva e tranquila. Para tal, elas precisam receber do profissional de saúde as orientações necessárias para seu êxito[1].

Diferente dos demais mamíferos, na espécie humana a amamentação não é um ato meramente instintivo. Mulheres e bebês precisam aprender a amamentar e serem amamentados, e esse aprendizado depende, em parte, dos profissionais de saúde[2].

Por meio de orientações que visem atender às necessidades da mulher, é possível prevenir os desconfortos que surjam e evitar o desmame precoce, bem como a frustração de não conseguir amamentar. Porém, para que isso ocorra, a mulher não deve ser vista apenas como mãe do bebê, mas também como alguém que necessita de atenção e cuidados de uma maneira integral.

A amamentação é vivenciada por cada mulher de forma singular, assim as orientações dos profissionais de saúde devem visar às necessidades e interesses dela, valorizando os seus conhecimentos anteriores. Para que suas necessidades sejam atendidas, o profissional de saúde precisa considerar o contexto em que ela está inserida, observando os costumes e crenças dela e dos familiares.

Entende-se que os desconfortos causados pelos transtornos são parte do que é ser mãe e mulher, quando é possível, por meio da prevenção, vivenciar a amamentação sem desconfortos e demais desgastes emocionais que podem surgir. Além disso, busca-se ressaltar a importância das orientações de enfermagem nos períodos gestacional e puerperal, quando podem surgir as dúvidas e as dificuldades da mulher.

## OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi identificar, nas produções científicas, os transtornos na lactação que decorrem da prática do aleitamento materno.

**MÉTODO**

Trata-se de uma revisão da literatura, que tem papel fundamental para a educação continuada, pois permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática em pouco tempo. Além disso, buscam-se informações atualizadas a respeito de determinada temática, formando a base teórica para determinada questão, descrevendo e discutindo o conhecimento existente sobre determinado assunto[3].

Para orientar este estudo, a questão de pesquisa formulada foi: Quais os transtornos na lactação que decorrem da prática do aleitamento materno? A busca foi desenvolvida nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literatura Analysis and Retrieval Sistem on-line (MEDLINE)*, utilizando os descritores: "aleitamento materno" *and* "transtornos da lactação". O levantamento dos estudos ocorreu em março de 2012. Para selecioná-los, os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisas na temática disponíveis *online*, na íntegra e gratuitos; em inglês, português ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. Foram encontrados 231 estudos, dos quais 17 atendiam aos critérios de inclusão.

Após a busca nas bases de dados, foi realizada a análise através de uma leitura criteriosa dos artigos na íntegra. Sequencialmente, organizaram-se os artigos em um quadro analítico que contém: o código da base de dados, objetivo, metodologia e resultados. Após serem colocados no quadro, realizou-se a análise temática4, em que foram destacadas, com diferentes cores, as categorias temáticas que emergiam. Para minimizar possíveis vieses de aferição dos estudos (erros de interpretação dos resultados e do delineamento), dois pesquisadores realizaram a leitura dos artigos e preenchimento do instrumento de forma independente, os quais posteriormente foram comparados. Não ocorreram divergências em relação à avaliação das publicações.

**RESULTADOS**

Na caracterização dos estudos analisados, identificou-se que o ano de 2006 foi o de maior número de estudos (23,5%), seguido dos anos de 2009 (11,7%), 2003 (11,7%) e 1997 (11,7%). De acordo com os periódicos, constatou-se uma concentração de estudos publicados no Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing (11,7%) e na Journal of Humam Lactation (11,7%). Referente ao delineamento dos estudos: estudos descritivos (52,9%) e estudos de coorte (23,5%).

Por meio da análise criteriosa dos artigos incluídos no estudo (n=17), encontrou-se a **crença das mães no leite insuficiente** (47,1%), acreditando que seu leite não supria as necessidades da criança (A1-2). Com base nessa crença, muitas mulheres deixam de amamentar e introduzem outros alimentos precocemente ou outros tipos de leite como complemento na alimentação do seu filho (A1-8).

Referente aos **desconfortos físicos e emocionais** da mulher durante o AM (47,1%), identificou-se nos estudos a queixa de mamilos planos ou invertidos, rachaduras e feridas,

dor, sobrecarga física e emocional, cansaço, estresse e sono. A dor (A3-4,6,9) no mamilo é um desconforto físico significativo, pois acaba tornando-se um motivo para o desmame precoce da criança. A dor também pode estar relacionada à presença de rachadura e feridas nos mamilos (A10), observadas, principalmente, na primeira e segunda semanas após o parto. Além disso, a dor na mama ou no mamilo gera desconforto para a mulher, e pode ocasionar desconfortos emocionais, como sentir-se deprimida e chorosa (A11).

Os mamilos planos e invertidos (A12) também podem ser causa de transtorno durante o AM, chegando a ser relacionados com o atraso no início da lactação. Ainda, é apontado como desconforto o fato da mulher apresentar dificuldade para dormir e sono interrompido (A1,13), que podem gerar um transtorno durante a prática da amamentação. As mães de crianças pré-termo tendem a apresentar estresse e maior dificuldade para dormir ou manter o sono a partir da segunda semana após o parto (A13). Assim as mulheres que apresentam dificuldade para dormir permanecem cansadas ao longo do dia, e o cansaço decorrido de sobrecarga física e emocional se faz presente, dificultando o ato de amamentar (A3).

Observou-se nos estudos que **a mastite ou o ingurgitamento** (23,5%) podem ser indicados como transtornos durante a prática do AM. A mastite pode causar sofrimento à mulher, pois ela vivencia esta situação com sentimento de medo de recorrência do problema, e também pode ocasionar a desistência da continuidade do AM (A4,6,11).

O ingurgitamento mamário é abordado nos estudos a partir de sua maior frequência na segunda semana após o parto, diminuindo sua ocorrência com o passar das semanas (A6). Em contraponto, a mastite ocorreu constantemente durante os três meses após o parto, em que as mulheres foram acompanhadas na pesquisa. Outro estudo (A10) aponta que, entre as mulheres pesquisadas, a ocorrência de mastite caiu gradualmente após as primeiras semanas da pesquisa.

A relação entre o **peso da mulher e o AM** (11,8%) está presente nos estudos analisados, referindo que o índice de massa corporal (IMC) está relacionado com o início tardio da lactogênese II (A12,14), que é a fase de produção do leite que ocorre após a criança nascer. Além disso, as mulheres acima do peso ou obesas possuem maior risco para deixar de amamentar após alta do hospital (A15) do que mulheres com menor peso, e o atraso no início do AM também está associado com o fato das mulheres estarem acima do peso.

Um dos estudos analisados (A16) aborda que a maioria das mulheres primíparas apresenta um grau de **hipogalactia** (5,9%) leve no 10° dia após o parto, assim o estudo entende que a hipogalactia leve ocorre quando as mulheres demonstravam uma ou duas características de hipogalactia. Ainda, o estudo demonstra que a ansiedade (A16) se faz presente como um transtorno que decorre da prática do AM, estando relacionada com a hipogalactia e dificultando a produção de leite materno.

Outro estudo analisado (A17) demonstrou a relação da **produção de prolactina** (5,9%) (hormônio responsável pelo início da fase II da lactogênese e pela secreção de leite materno) em mães de bebês a termo e pré-termo. O estudo abordou que os níveis de prolactina encontrados no sangue da mãe de bebês pré-termo foram mais baixos, em

comparação com os níveis de prolactina encontrados nas mães de bebês a termo, apresentando-se como um transtorno da lactação de mãe de recém-nascidos pré-termo.

Quadro 1: Corpus da revisão narrativa. LILACS, MEDLINE. 2012

| Referência | Principais Resultados |
|---|---|
| A8-Issler H, Douek PC, André LM, Goldstein SR, Issa LJ, Fujinami PI et al. Fatores socioculturais do desmame precoce: estudo qualitativo. Pediatria. 2010;32(2):113-20. | As mães referem que a criança não fica satisfeita com a amamentação. As mães relatam dor para amamentar, sono interrompido e dificuldade de amamentar e voltar ao emprego. Algumas delas afirmam dificuldades quanto à sobrecarga física e emocional. |
| A9-Mathur NB, Dhingra D. Perceived breast milk insufficiency in mothers of neonates hospitalized in neonatal intensive care unit. Indian J Pediatr. 2009;76 (10):1003-6. | Acreditavam que seu leite foi insuficiente. Na internação, a amamentação "não foi iniciada" em 35 e 23, "não está alimentando bem" 48 e 41 e "está bem alimentado" em 16 e 35. |
| A10-Otsuka K, Dennis CL, Tatsuoka H, Jimba M. The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008;37(5): 546-55. | Leite insuficiente foi percebido entre as mães que desmamaram ou que amamentaram por 4 semanas, e elas citaram o leite insuficiente como a principal razão para a interrupção da amamentação, além de: cansaço, dor e que não tinham tempo. |
| A11-Lewallen LP, Dick MJ, Flowers J, Powell W, Zickefoose KT, Wall YG et al. Breastfeeding support and early cessation. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006;35(2):166-72. | 256 (67,5%) ainda estavam amamentando, embora 93 ainda (36,3%) completassem a amamentação com fórmula. A produção insuficiente de leite foi uma razão para desmamar. Outro motivo para o desmame precoce foram os mamilos dolorosos e quatro delas interromperam devido à mastite. |
| A12-McCann MF, Bender DE. Perceived insufficient milk as a barrier to optimal infant feeding: examples from Bolivia. J Biosoc Sci. 2006;38(3):341-64. | Leite insuficiente foi uma razão para interromper a amamentação em 16% das mães. Quando as mães foram perguntadas se tinham bastante leite, 15% disseram que não. |

| | |
|---|---|
| A13-Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. J Hum Lact. 2003;19(2):145-56. | As mulheres com mamilos dolorosos perceberam a amamentação mais difícil. Mulheres na 2ª semana (25%) perceberam que o ingurgitamento mamário dificultou a amamentação. As mulheres que referiram produção de leite inadequada indicaram que essa experiência dificultou a amamentação. A mastite ocorreu em 6% a 8% das mulheres. |
| A14-Segura-Millán S, Dewey KG, Perez-Escamilla R. Factors associated with perceived insufficient milk in a low-income urban population in Mexico. J Nutr. 1994;124(2):202-12. | Metade das mulheres mencionou preocupação com o suprimento de leite. Elevada percentagem de mulheres (33 a 62%) informou que elas não sabiam o que as levou a ter insuficiência de leite. |
| A15-Marandi A, Afzali HM, Hossaini AF. The reasons for early weaning among mothers in Teheran. Bull World Health Organ. 1993;71(5):561-9. | Insuficiência de leite foi citada por 74% das mães como a razão para começar a mamadeira. |
| A16-Seema, Patwari AK, Satyanarayana L. Relactation: an effective intervention to promote exclusive breastfeeding. J TropPediatr. 1997;43(4): 213-6. | Durante o período inicial, 20% das mulheres queixaram-se de mamilos doloridos, o que foi cuidado por confiança e apoio. |
| A17-Foxman B, D'Arcy H, Gillespie B, Bobo JK, Schwartz K. Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. Am J Epidemiol. 2002;155(2):103-14. | A incidência de mastite foi maior no pós-parto nas primeiras semanas e depois caiu gradualmente. Rachaduras e feridas nos mamilos ocorreram em maior frequência, com maior incidência na primeira (36%) do que na segunda (14%) semanas após o parto. |
| A18-Amir LH, Lumley J. Women's experience of lactational mastitis-I have never felt worse. Aust Fam Physician. 2006;35(9):745-7. | A dor mamária é o sintoma primário em mastite, quase metade das mulheres mencionou dor no peito. Emocionalmente muitas mulheres se sentiam deprimidas, afligidas, ansiosas e chorosas. |
| A19-Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. Pediatrics. 2003;112(31):607-19. | Atraso no início da produção de leite foi significativamente associado com as seguintes variáveis: IMC materno, intervalo maior sem dormir e mamilos planos ou invertidos. |
| A20-Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. Psychological distress and milk volume in lactating mothers. West J Nurs Res. 2005;27(6):676-93. | A dificuldade para dormir e fadiga estiveram presentes durante as primeiras 6 semanas. Além disso, a dificuldade para dormir também foi positivamente relacionada com o estresse as 6 semanas. |
| A21-Hilson JA, Rasmussen KM, Kjolhede CL. High prepregnant body mass index is associated with poor lactation outcomes among white, rural women independent of psychosocial and demographic correlates. J Hum Lact. 2004;20(1):18-29. | Cada vez maior proporção de mulheres teve início tardio da lactogênese com o aumento do IMC. Mulheres com início tardio da lactogênese apresentaram maiores valores de IMC. |
| A22-Hilson JA, Rasmussen KM, Kjolhede CL. Maternal obesity and breast-feeding success in a rural population of white women. Am J Clin Nutr. 1997;66(6):1371-8. | Mulheres que estavam acima do peso ou obesas tiveram risco maior de não amamentar. O sobrepeso e a obesidade foram significativamente associados com a duração do AME. |
| A23-Aragaki IMM, Silva IA, Santos JLF. Traço e estado de ansiedade de nutrizes com indicadores de hipogalactia e nutrizes com galactia normal. Rev. Esc. Enferm. USP. 2006;40(3):396-403. | As multíparas hipogalactas apresentaram a maior média de escores de estado de ansiedade. No 10º dia pós-parto, 26 ou 61,9% das primíparas hipogalactas apresentaram hipogalactia leve, isto é, a mãe ou RN apresentava um ou dois indicadores de hipogalactia, e 16 ou 38,1% apresentaram hipogalactia moderada, ou seja, a mãe ou RN apresentava três ou quatro indicadores de hipogalactia. |
| A24-Hill PD, Aldag JC, Demirtas H, Naeem V, Parker NP, Zinaman MJ et al. Association of serum prolactin and oxytocin with milk production in mothers of preterm and term infants. Biol Res Nurs. 2009;10(4):340-9. | Níveis séricos PRLs foram maiores no TM do que no grupo PT através de todas as semanas. A maior proporção de mães de PT teve diminuição nos níveis basais de PRL em comparação com mães TM. |

Outro estudo analisado (A17) demonstrou a relação da **produção de prolactina** (5,9%) (hormônio responsável pelo início da fase II da lactogênese e pela secreção de leite materno) em mães de bebês a termo e pré-termo. O estudo abordou que os níveis de prolactina encontrados no sangue da mãe de bebês pré-termo foram mais baixos, em comparação com os níveis de prolactina encontrados nas mães de bebês a termo, apresentando-se como um transtorno da lactação de mãe de recém-nascidos pré-termo.

**DISCUSSÃO**

Apesar de a mulher receber orientações a respeito dos benefícios do AM e apresentar o desejo de amamentar, ela encontra dificuldades para a realização dessa prática. As dificuldades encontradas nem sempre são mencionadas durante a gestação, deixando a mulher sem atitude frente a essas dificuldades, podendo deixar de amamentar[5].

O transtorno frequentemente encontrado no estudo foi a crenças das mulheres na pouca produção de leite ou no leite insuficiente. Pesquisa que busca as necessidades de saúde da mulher que está amamentando aborda que uma das principais preocupações dessas mulheres é a produção de leite e o medo de ele ser insuficiente[6], confirmando os achados apresentados.

Além disso, o aleitamento complementar ocorreu em 40,7% das mulheres que apresentavam sensação de falta de leite, o que demonstra a relação direta entre aleitamento complementar e percepção de pouco leite[7]. Enfermeiros de uma maternidade do Piauí (PI) referiram que a crença do pouco leite existente entre as mulheres era um problema também visualizado por eles, afirmando que as mulheres não acreditavam que a produção de leite iria aumentar[8]. Assim, identifica-se que grande parte das puérperas apresentam essa crença e que o conhecimento pela equipe de enfermagem é necessário para desmistificá-la.

Deve-se atentar para que o fato das mulheres acreditarem que possuem leite insuficiente pode ser estimulado por crenças familiares. Essa influência é, na maioria das vezes, por parte das avós, que podem influenciar negativamente quanto à exclusividade do AM, e por acreditarem que o leite pode ser fraco ou insuficiente, devendo ser complementado[9].

Além da crença de pouca produção de leite, encontraram-se como transtornos da lactação os desconfortos físicos e emocionais. Em entrevista com mulheres de Juazeiro do Norte, no Estado do Ceará, elas responderam que, durante a prática do aleitamento, vivenciaram problemas como mamilos planos, mamilos doloridos e fissurados, além do ingurgitamento mamário. Ao mesmo tempo em que vivenciavam os desconfortos físicos, essas mulheres também vivenciavam desconfortos emocionais, como sentimentos de tristeza e impotência[10].

Em uma amostra de 30 puérperas consultadas em um alojamento conjunto de São Paulo, 80% delas afirmaram ter processos dolorosos nas mamas, sendo que 20% relataram sentir dor ao amamentar, e 21% delas, que estavam nas primeiras 72 horas após o parto, apresentaram fissura mamilar[5]. Ainda, a fissura mamilar é apresentada, dentre os problemas

com as mamas, por 34,2% das mulheres que fizeram parte de um estudo a respeito dos determinantes para o abandono do AM, além de mamilos planos ou invertidos aparecerem em 4,1% delas[7]. Profissionais de enfermagem apontam que a dor e a fissura mamilar são problemas decorrentes da amamentação e que podem levar ao desmame precoce[8].

Assim como os transtornos físicos da lactação são apresentados como um indicativo para o abandono do AM, os desconfortos emocionais também podem determinar se a mulher irá continuar a amamentação. Observou-se esse fato quando 238 mulheres foram entrevistadas a respeito da experiência delas de amamentar, em que se mostrou a necessidade dessas mulheres em ter sono e repouso adequados, trazendo relatos de que o choro, o cansaço, o estresse, a ansiedade e a depressão, vivenciados por elas, durante o período de amamentação, caracteriza os desconfortos psicológicos que podem fazer parte desse período[6].

A mastite e o ingurgitamento também demonstraram ser um fator de desconforto para as mulheres que os vivenciam. Esse fato foi evidenciado em entrevista realizada com profissionais de enfermagem, em que eles referiram a mastite e o ingurgitamento mamário como problemas comuns apresentados pelas mulheres que eram atendidas por eles na maternidade[8].

Quanto ao ingurgitamento mamário, no período de 72 horas após o parto, 33% das mulheres entrevistadas apresentaram ingurgitamento mamário patológico e 25% apresentaram ingurgitamento fisiológico[5]. Em outros estudos, as mulheres relataram que este era um dos problemas mamários vivenciados por elas durante o aleitamento e apresentava-se como determinante para o abandono da amamentação em 8,1% das mulheres acompanhadas[7-10].

A mastite está entre as principais intercorrências mamárias relacionadas à amamentação, podendo ocorrer na segunda ou terceira semanas após o parto e é rara após a 12º semana[11]. Esses dados corroboram com os encontrados no estudo, pois indicam que a mastite ocorreu durante os primeiros três meses após o parto.

Na relação peso da mulher e AM, a literatura indica que existe relação da obesidade com o atraso da lactogênese II e a tendência de mulheres obesas ou com sobrepeso não iniciarem ou abandonarem precocemente a amamentação. As mulheres obesas apresentam menos chances de obter sucesso em relação à descida do leite do que mulheres com sobrepeso ou peso normal.12 Assim como há relação entre o índice de massa corporal (IMC) elevado e o atraso no início da lactogênese II[13].

Além disso, entre 30 e 90 dias após o parto, as mulheres com IMC elevado têm um maior índice de abandono do AME.14 Em um estudo de coorte foi observado que 72,1% das mulheres que não amamentaram tinham sobrepeso ou obesidade desde a gravidez, indicando que o peso pode ser visto como um transtorno na lactação[15].

A hipogalactia apareceu nos estudos relacionada com a ansiedade e sendo apresentada em primíparas após o parto. Um levantamento bibliográfico informa que a hipogalactia pode ser real ou suposta pela mãe, sendo que normalmente está ligada com a ansiedade materna.

Além disso, muitas vezes, a hipogalactia aparece em mães de bebês prematuros, pois podem apresentar dificuldade para sugar e ficarem internados por algum tempo, sendo que a hipogalactia é causa frequente para a desistência de amamentar[16].

Um estudo realizado para verificar a situação do AM mostra que o abandono da amamentação ocorre em 29,7% dos casos devido à hipogalactia [17]. Resultado oposto foi encontrado em outro estudo, mostrando que a maioria das mulheres entrevistadas acreditava que poucas mulheres não possuem leite materno suficiente para alimentar o filho[18].

A pesquisa demonstra a relação da produção de prolactina em mães de bebês a termo e pré-termo, e mostra que os níveis de prolactina em mães de bebês pré-termo são mais baixas. Mães de RN internados podem apresentar flutuação láctea, o que demonstra ter relação com a internação do filho. Assim, nos períodos de tensão aguda, a mulher diminui a produção de leite, ficando ainda mais ansiosa, o que interfere na produção láctea[19].

Esse fato pode ser explicado, pois, quanto mais o bebê suga, mais prolactina é liberada e mais leite é produzido, sendo que a quantidade de leite produzida pela mulher corresponde à frequência com que o bebê suga. Além disso, se a mulher está passando por um fator de estresse, pode diminuir a sua produção láctea, e, quando o fator de estresse desaparece, existe a possibilidade de retomar a produção de leite adequada[20].

## CONCLUSÕES

Por meio desta revisão foi possível destacar na literatura os transtornos na lactação que decorrem da prática do AM. Acredita-se que o conhecimento desses transtornos é de relevância para os profissionais da saúde, pois torna possível direcionar suas ações para a prevenção dos mesmos, com um cuidado singular para cada situação, minimizando, assim, que a mulher tenha dificuldades para amamentar.

Existe a necessidade de investimento em estudos que enfatizem os transtornos decorrentes da prática do AM e a abordagem adequada nas diferentes situações, além de tratamentos adequados para melhorar ou sanar esses desconfortos. Com isso, a limitação do estudo foi a existência de poucos estudos que tratem do tema de transtornos da lactação, levando a se acreditar que isso ocorre devido ao reconhecimento dos benefícios que o AM proporciona para o bebê, porém deixando-se as necessidades da mãe, que são importantes para a realização do AM satisfatório, em segundo plano.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado

## REFERÊNCIAS

1 Ministério da saúde (BR). Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada, Manual Técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

2 Jungues CF, Ressel LB, Budó MLD, Padoin SMM, Hoffmann IC, Sehnem GD. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. Revista gaúcha de enfermagem. 2010;31(2):343-350.

3 Rother ET. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. Editorial Acta Paulista Enfermagem. 2007;20(2).

4 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.

5 Souza MJN, Bernabé, AS, Oliveira RS, Ferraz RRN. A importância da orientação à gestante sobre amamentação: fator para diminuição dos processos dolorosos mamários. Conscientiae Saúde. 2009;8(2):245-48.

6 Shimoda GT, SILVA IA. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010;63(1):58-65.

7 Carrascoza, KC, Possobon RF, Ambrosano GMB, Júnior ÁLC, Moraes ABA. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. Ciência e Saúde Coletiva. 2011;16(10):4139-146.

8 Filho MDS, NETO PNTG, Martins MCC. Avaliação dos problemas relacionados ao aleitamento materno a partir do olhar da enfermagem. Cogitare enfermagem. 2011;16(1):70-75.

9 Sangalli CN, Henriques FN, Oliveira LD. A influência das avós no aleitamento materno exclusivo. Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2010;30(2):153-60.

10 Quirino LS, Oliveira MFERF, Quirino GS. Significado da experiência de não amamentar relacionado às intercorrências mamárias. Cogitare Enfermagem. 2011;16(4):628-33.

11 Corazza D, Carvalho DL, Pivoto FD, Silva VR. Assistência de enfermagem à mastite puerperal. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2008;6(16):48-59.

12 Leonard SA, Labiner-Wolfe J, Gerghty SR, Rasmussen KM. Associations between high prepregnancy body mass index, breast-milk expression, and breast-milk production and feeding. The American Journal of Clinical Nutrition. 2011;93(3):556-63.

13 Rivers CAN, Chantry CJ, Peerson JM, Cohen Rj, Dewey KG. Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. American Journal of Clinical Nutrition. 2010;92:574-84.

14 Rasmussen KM, Dieterich CM, Zelek ST, Altabet JD, Kjolhede CL. Interventions to Increase the Duration of Breastfeeding in Obese Mothers: The Bassett Improving Breastfeeding Study. Breastfeeding Medicine. 2011;6(2):69-75.

15 Mehta UJ, Siega-Riz AM, Herring AH, Adair LS, Bentley ME. Maternal Obesity, Psychological Factors, and Breastfeeding Initiation. Breastfeeding Medicine. 2011;6(6):369-76.

16 Gaíva MAM, Medeiros LS. Lactação insuficiente: uma proposta de atuação de enfermeiro. Ciência, Cuidado e Saúde. 2006;5(2):255-62.

17 Martín AMS, Alonso JEL, Costa MG, Alonso ATV. Situación actual y factores que condicionan La lactancia materna em Castilla y León. Revista Pediátrica de Atención Primária. 2011;13(49):33-46.

18 Marques ES, Cotta RMM, Araújo ARM. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso da chupeta. Revista Brasileira de enfermagem. 2009;62(4):562-69.

19 Lang S. Aleitamento materno do lactente: cuidados especiais. São Paulo: Santos Livraria; 1999.

20 Lana APB. O livro do estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu; 2001.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O CUIDADO À CRIANÇA QUE TEM HIV/AIDS EM TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NA PERSPECTIVA DO FAMILIAR CUIDADOR

# CARE CHILD WHO HAS HIV / AIDS ON ANTIRETROVIRAL THERAPY IN VIEW OF FAMILY CAREGIVER

# CUIDADO DE NIÑOS QUE TIENE VIH / SIDA EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN VISTA DE CUIDADOR FAMILIAR

POTRICH, Tassiana[1]
PAULA, Cristiane Cardoso de[2]

1 Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Mestranda na Universidade Federal de Santa Maria-UFSM/RS.
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem-UFSM/RS.

**RESUMO:** O familiar cuidador de criança que tem aids precisa se adaptar as demandas de cuidado que vão desde questões de crescimento e desenvolvimento infantil até especificidades da condição sorológica. Diante do exposto, tem-se como **objetivo** compreender a significação para o familiar cuidador diante do cuidado à criança que tem HIV/aids em terapia antirretroviral. **Trajetória Metodológica:** Abordagem qualitativa de natureza fenomenológica com referencial teórico-filosófico-metodológico heideggeriano. Cenário do estudo: ambulatório pediátrico. Produção de dados se deu por meio da entrevista fenomenológica com familiares cuidadores que aceitarem participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A questão orientadora da entrevista foi: **Como é para você cuidar da/o (nome da criança)? Como é no dia-a-dia o uso dos medicamentos pela/o (nome da criança)?** A análise dos dados está fundamentada no referencial teórico-filosófico-metodológico heideggeriano que compreende dois momentos: 1) análise compreensiva, denominada compreensão vaga e mediana, e 2) análise interpretativa, denominada hermenêutica. Resultados: a vivência do cuidado à criança com hiv/aids na perspectiva do familiar cuidador se apresenta desafiadora quando exige que estes busquem conhecimentos para compreender a situação da criança, precisam adaptar suas rotinas, tem medo do preconceito e ainda por não saberem lidar com o processo de revelação do diagnóstico. Conclusões: O cotidiano do cuidado à criança com HIV/aids em TARV é permeado por inúmeros sentimentos relacionados à dificuldades inerentes ao cuidado. Cabe ao profissional enfermeiro identificar essas dificuldades e atuar como facilitador do cuidado.

**DESCRITORES:** Saúde da criança; Família; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Terapia Anti-Retroviral de Alta Atividade; Enfermagem.

**ABSTRACT:** The family caregiver of a child who has AIDS must adapt the demands of care ranging from issues of child growth and development until the specific serological status. Given the above, it has been aimed at understanding the significance for the caregiver before the child care that has HIV / AIDS on antiretroviral therapy. Trajectory Methodology: Qualitative treatment of phenomenological and the theoretical-philosophical-methodological Heidegger. Scenario study: pediatric clinic. Production data was through phenomenological interviews with family caregivers who agree to participate in the study by signing the Informed Consent Form (ICF). The guiding question of the interview was: How to take care of you / (name of child)? How is the day-to-day use of drugs by / (name of child)? Data analysis is based on the theoretical-philosophical-methodological Heidegger which comprises two stages: 1) comprehensive analysis, called vague understanding and median, and 2) interpretative analysis, called hermeneutics. Results: The experience of caring for children with HIV / AIDS from the perspective of the family caregiver presents challenging demands when they seek knowledge to understand the situation of the child, must adapt their routines, fear of prejudice and still not know how to deal with process of diagnostic disclosure. Conclusions: The daily care to children with HIV / AIDS on ART is permeated by numerous feelings related to the difficulties inherent in caring. It is up to nurses to identify these difficulties and act as facilitator of care.

**DESCRIPTORS:** Child health; Family; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Antiretroviral Therapy, Highly Active; Nursing.

**RESUMEM:** El cuidador de la familia de un niño que tiene SIDA debe adaptarse a las demandas de atención que van desde problemas de crecimiento y desarrollo del niño hasta que el estado serológico específico. Teniendo en cuenta lo anterior, se ha dirigido a la comprensión de la importancia para el médico antes de la guardería que tiene el VIH / SIDA en tratamiento antirretroviral. Trayectoria Metodología: El tratamiento cualitativo fenomenológico de Heidegger y el teórico-filosófico-metodológica. Estudio Escenario: clínica pediátrica. Los datos de producción fue a través de entrevistas fenomenológicas con los cuidadores familiares que estén dispuestos a participar en el estudio mediante la firma del formulario de consentimiento informado (ICF). La pregunta guía de la entrevista fue: Cómo cuidar de ti / (nombre del niño)? Cómo es el uso del día a día de las drogas por / (nombre del niño)? El análisis de datos se basa en el Heidegger teórico-filosófico-metodológica que comprende dos etapas: 1) análisis exhaustivo, llamados vaga comprensión y la mediana, y 2) el análisis interpretativo, llamada la hermenéutica. Resultados: La experiencia de cuidar a los niños con VIH / SIDA desde la perspectiva del cuidador familiar presenta demandas desafiantes cuando buscan el conocimiento para

entender la situación del niño, deben adaptar sus rutinas, el miedo de los prejuicios y todavía no saben cómo hacer frente a proceso de diagnóstico de la divulgación. Conclusiones: El cuidado diario de los niños con VIH / SIDA en tratamiento antirretroviral está impregnado por numerosos sentimientos relacionados con las dificultades inherentes al cuidado. Corresponde a las enfermeras para identificar las dificultades y actuar como facilitador de la atención.

**DESCRIPTORES:** La salud del niño, la familia, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Terapia Antiretroviral Altamente Activa, Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) se caracteriza por sua cronicidade, que implica no desafio da adesão ao tratamento com terapia antirretroviral (TARV). Tem-se importantes índices de morbidade e de mortalidade[1] e seu perfil epidemiológico sofreu modificações caracterizadas pelos processos de feminização, heterossexualização, interiorização, pauperização e juvenização[2-3].

A feminização, ou seja, o aumento de casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o consequente adoecimento pela aids em mulheres acarretou algumas consequências epidemiológicas, dentre as quais pode citar os índices de infecção em crianças, principalmente na categoria de exposição de transmissão vertical do HIV. No período de 1980 a 2011 foram notificados 14.127 casos de aids em menores de cinco anos e em 2010 foram notificados 482 novos casos, sendo estes indicadores da transmissão vertical[3].

Visualiza-se que muito se tem avançado, de 1980 até os dias de hoje, porém, alguns fatores ainda se apresentam desafiadores quando se trata da aids, dentre os quais podemos citar a adesão a TARV. Mesmo com a criação de ações e estratégias que auxiliam na adesão, ainda existem fatores que precisam ser estudadas para melhor compreensão do processo de adesão, especialmente quando se fala do público infantil.

A adesão precisa ser entendida como um processo dinâmico que vai além da ingestão de medicamentos em horários determinados. Ela envolve, também, mudanças no estilo de vida, enfrentamento de situações de preconceito, mudanças nas rotinas da família, enfim, inúmeras questões que, ora aparecem como facilitadoras ora como dificultadoras[4].

Diante desse panorama, destaca-se que o familiar cuidador da criança que tem aids precisa compreender o processo que envolve o cuidado da criança. O cuidado a estas crianças é permeado por peculiaridades, que vão desde questões de crescimento e desenvolvimento infantil até demandas específicas da sua condição sorológica. Aliado à isso, a vulnerabilidade que estas se encontram, especialmente pela imunodepressão que a aids provoca, exige do familiar cuidador maior atenção e zelo[5].

Assim, está sendo desenvolvida uma pesquisa de dissertação de mestrado com o objetivo de compreender a significação para o familiar cuidador diante do cuidado à criança que tem

HIV/aids em terapia antirretroviral. Justifica-se pela necessidade de ampliar as ações de cuidado englobando o familiar cuidador como sujeito que também necessita de cuidado e atenção.

**OBJETIVO**

O objetivo do presente trabalho é de apresentar, de forma preliminar, algumas considerações acerca da significação para o familiar cuidador diante do cuidado à criança que tem HIV/aids em terapia antirretroviral.

**METODOLOGIA**

Projeto de pesquisa de dissertação de mestrado com abordagem qualitativa de natureza fenomenológica com referencial teórico-filosófico-metodológico heideggeriano. O cenário é o Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) Rio Grande do Sul, Brasil. Os sujeitos são os familiares cuidadores de crianças que têm HIV/aids em acompanhamento ambulatorial no serviço de referência.

A produção de dados está sendo desenvolvida por meio da construção do genograma-ecomapa e a entrevista fenomenológica[6] com as seguintes questões orientadoras: Como é para você cuidar da/o (nome da criança)? Como é no dia-a-dia o uso dos medicamentos pela/o (nome da criança)?; e, por fim, a coleta documental no prontuário, a partir de um roteiro com dados sociais e epidemiológicos da criança.

A análise dos dados está fundamentada no referencial teórico-filosófico-metodológico heideggeriano que compreende dois momentos: análise compreensiva (compreensão vaga e mediana) e análise interpretativa (hermenêutica) [7]. Na análise compreensiva será realizada a escuta dos depoimentos gravados e a leitura atentiva das transcrições, quando será realizada a busca pelos significados expressos pelos depoentes. Serão construídas unidades de significação, buscando a redução fenomenológica. Na análise interpretativa busca-se o sentido ainda velado dos significados descobertos. Nessa etapa, a interpretação é realizada por meio do referencial teórico-filosófico heideggeriano[7].

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob a CAAE: 11579012.6.0000.5346, em janeiro de 2013. Todos os participantes que aceitarem participar da Pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Até o momento foram realizadas dez entrevistas com familiares cuidadores de crianças que tem HIV/aids em TARV. Ao ser lançada a questão norteadora do estudo: Como é para você cuidar da/o (nome da criança)?, muitos sujeitos da pesquisa, ao primeiro momento, mencionam ser normal, não apresentam dificuldades no cotidiano de cuidado. Porém, no decorrer de suas falas são desveladas angústias e dúvidas que significam o cuidado à essas crianças.

A questão da descoberta e aceitação do diagnóstico pelo cuidador familiar é o primeiro impacto que se apresenta no cotidiano de cuidado à criança que tem HIV/aids em TARV. Muitas vezes o cuidador familiar descobre o diagnóstico no momento em que criança começa a apresentar sinais e sintomas ou quando o pai ou mãe biológicos falecem em decorrência de sua condição sorológica. Nesse contexto, lidar com a rotina de medicamentos que se estabelece exige que o cuidador busque conhecimentos e esteja atento no dia a dia para as alterações e efeitos adversos que essa rotina possa causar para assim aprender qual a melhor forma de lidar com tal situação.

O primeiro contato do familiar cuidador com a criança que tem HIV/aids pode se apresentar como algo difícil pela demanda de cuidados que a situação exige. Com o passar do tempo, a experiência adquirida no conviver com o outro que têm AIDS auxilia no cuidado na medida em que a situação passa a ser considerada parte do cotidiano, sendo assim desenvolvida naturalmente[8].

Ainda, em relação ao cotidiano uma angústia presente diz respeito à questão do preconceito nos ambientes em que a criança convive, seja na escola, na vizinhança e até mesmo por familiares que desconhecem o seu diagnóstico. Nesse sentido o familiar cuidador evita revelar o diagnóstico pois teme que, por falta de conhecimentos destas pessoas, a criança seja tratada de forma diferenciada ou até mesmo discriminada. De forma a evitar atitudes de discriminação, os cuidadores optam por não comunicarem na escola o diagnóstico das crianças[5].

Ainda em relação ao diagnóstico, o cuidador familiar se depara com o dilema da revelação do diagnóstico à criança. Com o avançar da idade, a criança tem grandes chances de descobrir a sua condição sorológica por sim só, por tomar os medicamentos sozinhos, ver os rótulos dos medicamentos e ter acesso à internet. Nesse sentido, o cuidador familiar apresenta dificuldades em estabelecer um diálogo acerca da revelação pois desconhece até que ponto a criança obteve conhecimentos acerca da sua condição. A criança com aids precisa conhecer seu diagnóstico, a partir de um processo de revelação compartilhado entre familiares e profissionais, que lhe proporcione acompanhamento, apoio e ajuda no processo de olhar para si, compreender-se com essa situação sorológica[9].

Em relação ao cotidiano do cuidador familiar da criança que tem HIV/aids em TARV relata-se que há a necessidade de se estabelecer uma rotina. O horário dos medicamentos estabelece quando algumas atividades da vida diária deverão ocorrer como por exemplo hora de acordar, hora de ir para a cama, hora de vir para casa, ainda exige algumas adequações como por exemplo, só poder sair de casa depois do horário da medicação ou ter que voltar de algum passeio antes do horário da medicação. As mudanças ocorrem no dia-a-dia não só do indivíduo portador, mas também no de sua família, e referem-se a várias questões, tais como as relativas às alterações de hábitos e rotinas, concepções sobre saúde e sobre a própria vida[10].

A culpabilização do cuidador familiar pela transmissão do vírus ocorre quando este é realizado pela mãe biológica. Essa condição confere à mãe biológica uma obrigatoriedade

de cuidar da criança da melhor forma possível, muitas vezes abdicando de alguns cuidados com si própria e a renúncia de momentos de lazer.

Ainda, nesse cotidiano de cuidado, surge a necessidade de ajuda de outros profissionais com o intuito de compreender e superar algumas dificuldades que se apresentam no dia a dia do cudiado à criança que tem HIV/aids em TARV. compartilhar informações, vivências e experiências contribui para o desenvolvimento do empoderamento, amenizando o processo estressante que a situação acarreta aos cuidadores[11].

O cotidiano da criança que tem HIV/aids em TARV muitas vezes é facilitado pela participação da criança no seu próprio cuidado. Mesmo muitas vezes sem saber da sua condição sorológica a criança participa lembrando dos horários da medicação, solicitando a medicação no horário correto, não deixando atrasar.

Apesar das peculiaridades encontradas no cuidado à criança que tem HIV/aids em TARV, que por vezes podem dificultar o cotidiano destas família, pode-se perceber momentos de satisfação pelo familiar cuidador por conseguir desempenhar o cuidado da melhor forma possível. A preocupação com o acompanhamento por equipe especializada interdisciplinar e a possibilidade de realização da terapia antirretroviral oportunizando um crescimento e desenvolvimento saudável dessas crianças é significada como prazerosa no cotidiano de cuidado.

## CONCLUSÃO

O cotidiano de cuidado da criança que tem HIV/aids é permeado por peculiaridades que demandam cuidados relacionados ao seu crescimento e desenvolvimento assim como demandas relacionadas à sua condição sorológica. Nesse sentido, o tratamento antirretroviral da criança que tem HIV/aids exige do familiar cuidador uma dedicação especial.

A pré-análise dos dados indica que o cotidiano do cuidado das crianças que têm HIV/aids é permeado por inúmeros sentimentos. Apesar de, grande parte dos familiares cuidadores significar o cotidiano como normal em um primeiro momento, no decorrer da fala pode-se identificar algumas particularidades que perpassam suas vivências e fogem da normalidade.

A descoberta e a aceitação do seu próprio diagnóstico e da criança pelo familiar cuidador é um processo pelo qual o mesmo precisa passar para compreender a situação em que ele se encontra e a partir daí buscar formas de conviver com a condição sorológica. Tal condição demanda uma rotina de medicamentos que tanto a criança como o cuidador familiar e família precisam se adaptar.

Para que ocorra essa adaptação de maneira adequada o cuidador familiar procura estabelecer uma rotina. Assim, cuidador, criança e família demonstram uma adaptação satisfatória ao processo de adesão aos ARVs. Nesse sentido, é ressaltado a participação da criança no processo de cuidado lembrando do horário dos medicamentos.

Nesse cenário o cuidador familiar se depara com a questão da revelação do diagnóstico à criança. Esta gera muitas dúvidas, incertezas e receio no familiar cuidador por não saber se

a criança já descobriu sua condição sorológica e também por ter medo de sua reação. Ainda, no que diz respeito à revelação do diagnóstico, o familiar cuidador procura não revelar o diagnóstico da criança para os sujeitos de outros cenários que a criança vive, como escolas, creches, e demais familiares, por receio que esta venha a sofre alguma forma de preconceito.

A questão da culpabilização pela transmissão do vírus para a criança ainda está muito presentes nos casos em que o familiar cuidador é a mãe biológica da criança. Nesse sentido o familiar cuidador expressa a necessidade de ajuda dos profissionais da saúde com o intuito de obter informações que sejam importantes para o prestar o melhor cuidado possível a fim de manter e melhorar a qualidade de vida das mesmas.

Cabe aos profissionais da saúde identificar esses sentimentos e compreender os significados atribuídos à estes, a fim de ofertar o atendimento singularizado, ao encontro das necessidades tanto das crianças quanto de seus familiares nos mais variados momentos que perpassam esse cuidado.

Á**REA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS:**

1. Costa JSD, Victoria CG. O que é "um problema de saúde pública"?. Revista Brasileira de Epidemiologia, Pelotas. 2006;9(1):144-6.

2. Schaurich D , Medeiros HMF, Motta MGC. Vulnerabilidades no viver de Crianças com AIDS. **R Enferm UERJ**; Rio de Janeiro. 2007; 15(2): 284-90.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. 2011.

4. Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e Avaliação da adesão ao Tratamento Antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2010; 15(1); 1201-8.

5. Frota MA. Cuidado à criança com HIV: percepção do cuidador. Acta Scientiarun Health Sciences. Maringá. 2012; 34(1);39-45.

6. Carvalho, AS. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1987. 93

7. Heidegger M. Ser e Tempo. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante Shuback. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 598 p.

8. Schaurich D, Padoin S. M. M. Ser mulher cuidadora de criança com AIDS: compreensões existenciais à luz da filosofia de Buber. Texto e Contexto Enfermagem**.** Florianópolis. 2008; 17(3): 569-77.

9. Paula CC, Cabral IE, Souza ÍEO . O cotidiano de crianças infectadas pelo HIV no adolescer: compromissos e possibilidades do cuidado de si. DST - J bras Doenças Sex Transm., Rio de Janeiro. 2008; 20(3-4):173-8.

10. Cardoso AL, Marcon SS, Waidman MAP. O impacto da descoberta da Sorologia Positiva do portador de HIV/AIDS e sua família**.** Revista de Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro. 2008; 16(3): 326-32.

11. Neves ET, Cabral IE. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidade

# INCIDÊNCIA DE CÂNCER INFANTO-JUVENIL E PLANEJAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UM AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA

# IMPLICATIONS OF CHILDREN'S CANCER AND NURSING CARE PLANNING IN A OUTPATIENT CHEMOTHERAPY

# IMPLICACIONES DEL CANCER INFANTIL Y PLANIFICACIÓN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA AMBULATORIO DE QUIMIOTERAPIA

BONADIMAN, Priscila de Oliveira Bolzan[1]
VIERO, Viviani[2]
MARCONATO, Cintia da Silva[3]
BIRK, Noeli Maria[4]
CARDOSO, Andreza Lima[5]

1 Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/UFSM), priscilabonadiman@gmail.com
2 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
3 Enfermeira. Especialista em Cuidados Intensivos. Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/UFSM) Integrante do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Hospitalar e Educação em Saúde (GIPES) e do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem (TSEE). Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.
4 Enfermeira. Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem (FIOCRUZ). Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/ UFSM)
5 Estudante. Graduanda do 6° semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde Coletiva.

**RESUMO:** O câncer infanto-juvenil é importante causa de óbito em países em desenvolvimento, sendo importante o planejamento do cuidado em enfermagem, já que é área diretamente ligada à assistência a esse público. O presente estudo caracteriza-se como documental, descritivo-exploratório, de abordagem quanti-qualitativa com o objetivo de descrever a incidência infanto-juvenil de casos de câncer em atendimento em um ambulatório de quimioterapia da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul e refletir e aprimorar o planejamento do cuidado de enfermagem nesse contexto. A análise apresentou um aumento do total de casos nos últimos cinco anos, com maioria masculina. Os tipos mais frequentes de câncer foram: leucemias, seguidos pelos linfomas, neuroblastomas e rabdomiossarcomas. Estes achados corroboram com o que evidenciam estudos na temática. Assim, planejar o cuidado desse grupo é meta fundamental da assistência à saúde, já que o

câncer infanto-juvenil permanece sendo um problema cada vez mais incidente de saúde pública.

**DESCRITORES:** enfermagem oncológica; incidência; planejamento em saúde

**ABSTRACT:** The juvenile cancer is a major cause of death in developing countries, it is important to the planning of nursing care, since the area is directly linked to this public assistance. This study characterized as documentary, descriptive and exploratory, quantitative and qualitative approach in order to describe the incidence of juvenile cases of cancer care in an outpatient chemotherapy city of Santa Maria, Rio Grande do Sul and reflect and enhance the planning of nursing care in this context. The analysis showed an increase of the total cases in the last five years, with most men. The most frequent types of cancer were: leukemias, followed by lymphomas, neuroblastomas and rhabdomyosarcomas. These findings agree with studies that show the theme. So, plan the care of this group is a fundamental goal of health care, since the juvenile cancer remains an issue of growing public health incident.

**DESCRIPTORS:** oncologic nursing; incidence; health planning

**RESUMEN:** El cáncer infantil es una de las principales causas de muerte en los países en desarrollo, es importante para la planificación de los cuidados de enfermería, ya que la zona está directamente ligada a esta ayuda pública. En este estudio se caracteriza como un enfoque documental, descriptivo y exploratorio, cuantitativo y cualitativo con el fin de describir la incidencia de casos de menores de atención del cáncer en una ciudad quimioterapia ambulatoria de Santa Maria, Rio Grande do Sul y reflejar y mejorar la planificación de los cuidados de enfermería en este contexto. El análisis mostró un aumento del total de casos en los últimos cinco años, con la mayoría de los hombres. Los tipos de cáncer más frecuentes fueron: las leucemias, los linfomas, seguidos por los neuroblastomas y rabdomiosarcomas. Estos hallazgos concuerdan con estudios que muestran el tema. Por lo tanto, planificar el cuidado de este grupo es un objetivo fundamental de la asistencia sanitaria, ya que el cáncer infantil sigue siendo un tema de creciente incidencia de la salud pública.

**DESCRIPTORES:** enfermería oncologica; incidência; planificación em salud

## INTRODUÇÃO

O câncer infanto-juvenil – até 19 anos - é considerado raro quando em comparação com o câncer em adultos, porém, destaca-se como importante causa de óbito em países em desenvolvimento[1], sendo que, a partir dos 5 anos, a morte por câncer corresponde à primeira causa de morte por doença em meninos e meninas[2]. Mundialmente, o tipo mais

frequente de câncer em crianças e adolescentes são as leucemias. No Brasil, observam-se também as leucemias como tumor mais frequente, ficando os linfomas em segundo lugar[3]. Os tumores do sistema nervoso central (SNC) representam o mais frequente tumor sólido na faixa etária pediátrica[2]. Em geral, a incidência total de tumores malignos na infância é maior no sexo masculino[4]. Ainda, prestar assistência a crianças e adolescentes com câncer pressupõe um cuidado previamente planejado que considere a complexidade de serviços multidisciplinares até o preparo técnico e humano que contemple as necessidades da criança/adolescente e da família. A vivência em oncologia pediátrica permite constatar que a experiência de um câncer infanto-juvenil pode causar importante desestruturação da vida familiar: são internações ou consultas frequentes, isolamento do membro cuidador dos demais membros da família, tratamento agressivo, alterações da rotina diária, dificuldades financeiras, instabilidade emocional, além do medo constante da morte[5]. Assim, justifica-se a realização deste estudo, pois se acredita que melhor conhecer o público atendido permite melhor planejar o cuidado prestado a ele.

**OBJETIVOS**

Descrever a incidência infanto-juvenil de casos de câncer em atendimento em um ambulatório de quimioterapia da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul. A partir disso, pretende-se refletir acerca e aprimorar o planejamento do cuidado de enfermagem prestado a essa clientela, bem como, a seus familiares.

**METODOLOGIA**

O presente estudo caracteriza-se como documental, descritivo-exploratório, de abordagem quanti-qualitativa. Estudos descritivos prestam-se a descrever fatos e fenômenos de determinada realidade, podendo ser: estudos de caso, análise documental ou pesquisas ex-post-facto. Já estudos exploratórios visam proporcionar maior familiaridade com o tema, tornando-o mais explícito, ou mesmo, construindo hipóteses. Para a obtenção das informações a serem exploradas pode-se realizar entrevistas, observações, ou mesmo, a busca de informações em bancos de dados secundários ou documentos. Uma abordagem quanti-qualitativa, por sua vez, permite que os elementos fortes de uma abordagem complementem os elementos fracos da outra, dessa maneira completando-se[6].O presente estudo foi realizado, assim, em duas etapas. Primeiramente, foram analisados os registros formais de casos novos em pediatria do Ambulatório de Quimioterapia, serviço que integra a rede assistencial de hemato-oncologia de um hospital público, referência em atendimento ao câncer no estado do Rio Grande do Sul. As variáveis analisadas foram sexo e diagnóstico médico, de acordo com as informações obtidas nos últimos cinco anos, entre janeiro de 2008 e dezembro de 2012. O local do estudo, conforme descrito anteriormente, foi o Ambulatório de Quimioterapia, com área física para atendimento composto por 15 cadeiras, 03 macas, 01 sala de procedimentos e 02 consultórios, os quais são utilizados tanto para consultas médicas, quanto para consultas de enfermagem. Quanto aos recursos

humanos, atuam neste espaço 06 enfermeiros, 01 técnico de enfermagem e 01 bolsista acadêmico de enfermagem. O atendimento é realizado de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã e tarde, no horário das 07 às 19 horas, conforme agendamentos prévios e demanda das consultas médicas diárias. São administradas diversos tipos de medicações, principalmente quimioterápicos endovenosos, intramusculares, subcutâneos, intravesicais e intratecais. Também são realizados procedimentos médicos e de enfermagem variados, a exemplo de punções venosas, sondagens vesicais, curativos de cateteres centrais, biópsias ósseas, mielogramas, coleta de líquor, entre outros procedimentos indispensáveis ao tratamento dos clientes hemato-oncológicos, tanto adultos, quanto pediátricos. Sendo assim, após a concretização da primeira etapa, realizou-se reflexão acerca do processo de cuidado despendido a esse público, bem como, do planejamento do cuidado de enfermagem.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise apresentou um total de 153 casos novos de câncer infanto-juvenil nos últimos cinco anos, atendidos ambulatorialmente no referido serviço. Destes, 55,5% pertenciam ao sexo masculino e 44,5% pertenciam ao sexo feminino. Os tipos mais frequentes de câncer foram as leucemias agudas (45%), seguidos pelos linfomas (7,8%), neuroblastomas (3,9%) e rabdomiossarcomas (2%). Estes achados corroboram com o que evidenciam estudos na temática, os quais referem que a incidência total de tumores malignos na infância é maior no sexo masculino e que as leucemias são as neoplasias mais comuns nesta faixa etária[2-4]. Outra doença de incidência significativa no tempo estimado foi a púrpura trombocitopênica idiopática (PTI), com 11,8% dos casos. Apesar de não ser classificada como câncer, a PTI é uma doença autoimune, adquirida e de causa desconhecida, caracterizada por trombocitopenia. Geralmente benigna, a PTI pode inferir situações de emergência, como sangramentos graves, intracraniano ou mucoso, ocasionando instabilidade hemodinâmica e/ou respiratória[7]. Logo, salienta-se a relevância que os cuidados prestados à população nessa condição também sejam planejados para prevenção de agravos e promoção do bem-estar. Nos cinco anos analisados, percebeu-se um aumento gradual do número de casos, com exceção de 2012, ano em que houve diminuição na incidência. Assim obteve-se, respectivamente, entre 2008 e 2012: 28, 31, 34, 40 e 20 casos novos de câncer infanto-juvenil em tratamento ambulatorial no referido serviço. Dessa forma, o aumento da incidência salienta a importância do estudo e, mais ainda, a necessidade em refletir e embasar o planejamento do cuidado de enfermagem nesses dados. Além disso, há que considerar que nosso país possui estimativas válidas de câncer infanto-juvenil para os anos de 2012/2013 entre 1% a 3% de todos os tumores malignos na maioria das populações, o que leva a uma estimativa de significativos 11.530 casos novos de câncer nesta faixa etária[2]. Corroborando com isso, têm-se que os óbitos por câncer para esta população encontram-se entre as dez principais causas de morte no Brasil, sendo que a partir dos 05 anos de idade, a morte por câncer é considerada como a primeira causa de morte por

doença em ambos os sexos[2]. Diante das presentes informações de incidência crescente, é inerente que os cuidados de enfermagem precisem ser metodicamente planejados a fim de melhor atender as demandas dessas crianças e adolescentes. Logo, acredita-se que as doenças mais incidentes precisam ser bem estudadas e entendidas, no sentido de especializar e aperfeiçoar o cuidado de enfermagem, pois se considera que uma equipe bem orientada faz a diferença no cuidar em oncologia pediátrica. Porém, para tanto, é necessário que o preparo faça parte da rotina dos profissionais de saúde atuantes nessa área, por meio de medidas educativas de aperfeiçoamento teórico-prático[8]. Sabe-se que o câncer ocasiona modificações significativas na vida da criança/adolescente e de seus familiares, envolvendo aspectos físicos, psicossociais e financeiros. A criança/adolescente passa a apresentar inúmeras modificações em sua aparência - como a alopecia e a debilidade corporal -, decorrentes do tratamento instituído, além da própria carga da doença. Assim, experimenta sentimentos de medo, ansiedade, depressão e angústia, que sensibilizam todos que a cercam[8]. Além disso, devido as frequentes internações e reinternações, consultas e atendimentos ambulatoriais que fazem parte dos protocolos de tratamento, estes pacientes têm toda a sua rotina de vida alterada, tendo que se afastar frequentemente de seus pares, da escola e de muitas atividades de seu universo infanto-juvenil em decorrência das várias restrições impostas pela terapêutica antineoplásica. Assim, constituem uma clientela com peculiaridades que precisam ser consideradas pela equipe de saúde, especialmente pela enfermagem. Neste sentido, o tratamento das doenças onco-hematológicas infanto-juvenis demanda uma abordagem individualizada para cada paciente, sendo que o enfermeiro necessita, além do conhecimento sobre os protocolos de quimioterapia, saber manejar as complicações da administração dos quimioterápicos. Geralmente, são bastante variados os efeitos colaterais, como infecções, sangramentos, anemia, náuseas, anorexia, além das possíveis alterações emocionais e psicológicas. Portanto, a orientação acerca do protocolo, dos ciclos de quimioterapia e da provável toxicidade faz-se essencial a construção de um plano de cuidados que torne a fase de tratamento menos sofrida para estes[8]. Sabe-se que crianças e adolescentes portadores de leucemias agudas e linfomas – doenças com maior incidência dentre os cânceres infantis – são submetidos a protocolos intensos de quimioterapia, conforme se observa na prática ambulatorial, e consequentemente, sofrem de toxidades específicas semelhantes, o que pode ser um indício significativo no planejamento do cuidado. As possíveis intercorrências e toxicidades resultantes da terapêutica dependem da dose e da droga administrada. Dentre estas, aponta-se as toxicidades gastrintestinal, hematológica, vesical, renal, dermatológica, cardíaca e reações alérgicas[9-10], as quais precisam ser compartilhadas com a criança/adolescente e sua família, por meio de linguagem simples e apropriada para cada faixa etária, a fim de embasar a importância dos cuidados prescritos. Nesta perspectiva, reforça-se como primordial a educação em saúde por parte da equipe de enfermagem a criança/adolescente e sua família, pois por intermédio dessa prática é possível minimizar situações de risco e sofrimento, restabelecer a autonomia dos pacientes e familiares sobre sua saúde e promover uma

melhor qualidade de vida com a participação de todos envolvidos[12]. Acredita-se que, tendo em vista as doenças mais incidentes e conhecendo o tratamento utilizado, pode-se inferir com propriedade no cuidado prestado e organizar o cuidado. Outra necessidade decorrente do tratamento que exige planejamento do cuidado é em função do longo tempo de tratamento dessas crianças/adolescentes e o tipo de quimioterapia da qual necessitam fazer uso que, por exemplo, contrastam com sua rede venosa, a qual acaba se tornando difícil. Dessa forma, pode-se sugerir o uso do cateter totalmente implantado, que se torna opção segura, inclusive devido o tempo do tratamento a que será submetido[11]. A partir disso, surge outra necessidade: cuidados exclusivos por profissionais de enfermagem treinados e que estipulem protocolos rigorosos de cuidados, minimizando os riscos de infecção[11]. Ainda nesse sentido de planejamento, é preciso comentar o cuidado específico a ser delineado no momento da própria administração de quimioterápicos. Sobre isso, é imprescindível que se tenha, primeiramente, atenção rígida à prescrição médica, observando os "cinco certos" (nome da droga, dose, via de aplicação, horário e identificação completa do paciente), além disso, é preciso um controle rigoroso quanto à assepsia e às medidas de proteção ao paciente (além das referentes ao operador) e, também, há uma necessidade intrínseca de conhecimento da droga quanto a informações básicas: diluição, conservação, estabilidade, incompatibilidades e fotossensibilidade11. Nesse contexto, não se pode furtar de comentar a respeito da prevenção do extravasamento de quimioterápicos, já que se configura enquanto cuidado primordial de enfermagem em oncologia e precisa ser remediado. O extravasamento de fármacos vesicantes na pele circunvizinha à veia puncionada – nos casos, não raros, de punções periféricas – propiciam forte irritação, formação de vesículas e destruição dos tecidos[10,11]. Já irritantes geram reação menos intensa, porém ocasionam igualmente dor e queimação, ainda que sem necrose tecidual ou formação de vesículas[10,11]. Diante disso, cabe à enfermagem, mais uma vez, – além de primordialmente prevenir - reconhecer e tratar o extravasamento a fim de reduzir, ao máximo, os danos teciduais. Sem esquecer-se da importante notificação, tanto ao médico responsável, quanto no prontuário do paciente[11]. Outra conduta de extrema importância no que tange ao planejamento do cuidado especializado a crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico são as orientações referentes às possíveis náuseas e vômitos, efeitos colaterais importantes da quimioterapia[10]. Nesse caso, novamente, enfermeiros são profissionais essenciais na atuação preventiva, orientando quanto aos antieméticos suficientes, ensinando seu uso. Além disso, é essencial a orientação no que se refere à alimentação durante o período de tratamento, priorizando acerca alimentos livres de gorduras e sem odores fortes que possam ocasionar náuseas, por exemplo[11,13]. Sendo assim, é nesse sentido, visualizando que não se esgotam aqui os cuidados necessários, mas que precisam de sistematização para ocorrer da melhor maneira, que se propõem um planejamento prévio e adequado, já que crianças e adolescentes com câncer apresentam problemas específicos e, em face disso, requerem um plano de cuidados próprio. Para tanto, a enfermagem precisa organizar em torno da construção de protocolos

neste âmbito do cuidado e, para isso, é imprescindível o preparo educacional da enfermagem. Nos dias de hoje, a padronização é tida como uma ferramenta de gerência fundamental, porém o cotidiano demonstra que a prática ainda carece de enfermeiros líderes capazes de articular eficientemente esse processo e que entenda que a padronização é base segura para um gerenciamento de qualidade[11]. Diante das peculiaridades de crianças e adolescentes com câncer, sugere-se então que a confecção de protocolos, com equipes treinadas, permite uma melhor qualidade de assistência, de maneira especializada. Assim, a enfermagem deve educar-se para tanto e buscar a capacitação permanente, sendo que esse processo educativo deve ter caráter reflexivo, perpassando todos os níveis de atenção e superando o cuidado centrado na doença[13]. Destaca-se ainda o poder que uma comunicação efetiva tem e seu potencial para elevar a qualidade da assistência e contribuir para o sucesso do tratamento, visto que quando o paciente e sua família são adequadamente orientados isto repercute em melhor adesão ao mesmo[13].

**CONCLUSÃO:** o câncer infanto-juvenil, anteriormente estimado como doença com baixas possibilidades de cura e remetendo quase obrigatoriamente à morte, tem se demonstrado, ao longo dos últimos anos, com uma boa perspectiva de cura, se diagnosticado de maneira precoce e tratado adequada e qualitativamente. Sendo assim, em vista complexidade da doença e, igualmente, considerando a sua incidência crescente, é importante o planejamento do cuidado em saúde, neste caso, mais especificamente o de enfermagem, já que é área diretamente ligada à assistência a esse público. O tratamento ambulatorial atualmente faz parte da continuidade do tratamento e, conforme literatura especializada e de acordo com dados do presente trabalho, ainda ocorre um aumento do número de casos, o que reforça a necessidade em investir crescentemente em um cuidado especializado, o qual possibilite atenção integral, que contemple as necessidades físicas, psicológicas e sociais das crianças, adolescentes e de suas famílias. Dessa forma, planejar o cuidado frente aos possíveis efeitos colaterais - perda de peso, alopécia, sangramentos, naúseas, neutropenia com riscos de infecção -, visando o menor risco de danos são metas fundamentais da assistência à saúde. Sendo assim, conclui-se que o câncer infanto-juvenil, mesmo com todo o progresso tecnológico e científico, permanece sendo um problema cada vez mais incidente de saúde pública, que merece atenção especial, não somente pela sua complexidade, mas pelas características peculiares da clientela em questão, o que se constitui como um desafio constante para a equipe de saúde, especialmente para a enfermagem. Assim, para uma melhor qualidade da assistência nessa área sugere-se planejamento prévio visando enfrentar problemas específicos, com a organização de um plano de cuidados próprio, caminhando no sentido da construção de protocolos neste âmbito do cuidado. Só assim cresceremos no sentido de prestar uma assistência cada vez mais segura, de qualidade e integral aos pacientes oncológicos.

ÁREA TEMÁTICA: Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS:**

1. Ministério da Saúde (BR). Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2008.
2. Ministério da Saúde (BR). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2011

3. Reis RS, Santos MO, Thuler LCS. Incidência de tumores pediátricos no Brasil. Rev Bras Cancerol. [internet] 2007 [acesso em 2013 jun 10]; 53(1): 5-15. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/artigo1.pdf.

4. Ministério da Saúde (BR). ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2012.

5 Angelo M, Moreira PL, Rodrigues LMA. Incertezas diante do cancer infantil: compreendendo as necessidades da mãe. Esc. Anna Nery. 2010 June [cited 2013 July 28]; 14(2): 301-308. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200013&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000200013

6. Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de pesquisa. Porto Alegre (RS): Editora da UFRGS, 2009

7. Portaria SAS/MS Nº 715. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 17 de dezembro de 2010

8. Paro D, Paro J, Ferreira DLM. O enfermeiro e o cuidar em Oncologia Pediátrica. Arq Ciênc Saúde 2005 jul-set; 12(3):151-57

9. Rodrigues DB, Duarte AM. Neoplasias Onco-hematológicas infantis. In: Passos P, CRESPO A. Enfermagem Oncológica Antineoplásica. 1 Ed. São Paulo: Lemar, 2011, p. 223-247

10. Bonassa EMA. Conceitos gerais em quimioterapia antineoplásica. In: Bonassa EMA, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005a, p. 3-19

11. Honório RPP, Caetano JA. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):188-93. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a24.htm.

12. Amador, DD, Gomes IP, Coutinho SED, Costa TNA, Collet, N. Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 2011, 20(1):94-101
13. Moscatello E, Ferreira G. Assistência de enfermagem à criança e ao adolescente durante a quimioterapia. In: Malagutti W. Onc

# A UTILIZAÇÃO DO GENOGRAMA E ECOMAPA COMO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EM PESQUISA QUALITATIVA COM FAMÍLIAS

# GENOGRAM AND ECOMAP AS A TOOL FOR DATA COLLECTION IN QUALITATIVE RESEARCH WITH FAMILIES

# EL USO DEL ECOMAPA Y GENOGRAMA COMO INSTRUMENTO DE PRODUCCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA CON FAMILIAS

PIESZAK, Greice Machado[1]
NEVES, Eliane Tatsch[2]
RODRIGUES, Andressa Peripolli[3]
BRUM, Crhis de[4]
ZUGE, Samuel[5]

1 Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul). Docente do Curso de graduação Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões URI Campus Santiago. E-mail: greicepieszak@gmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta na Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).
3 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (Fortaleza).
4 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Rio Grande do Sul).
5 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor Substituto na Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).

**RESUMO:**
**Introdução:** o genograma e ecomapa são instrumentos de pesquisa que têm sido utilizados em diversas áreas da saúde para a representação gráfica dos estudos com famílias. Na Enfermagem, a construção destes instrumentos com famílias, mostra-se adequada para a resolução de casos clínicos, pela capacidade de identificar as fragilidades das redes de cuidado, os vínculos da família e pela capacidade destes instrumentos gerarem respostas para a resolução de problemas. **Objetivo:** relatar a utilização do genograma e ecomapa em pesquisa qualitativa em enfermagem com famílias. **Métodos:** trata-se de um relato de experiência acerca da utilização do genograma e ecomapa em pesquisa qualitativas de enfermagem com as famílias de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde, em uma pesquisa de dissertação de mestrado do curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Esta foi realizada no Hospital Universitário de Santa Maria. **Resultados:** Foram desenvolvidas leituras sobre a construção e a aplicabilidade

destes instrumentos. A estratégia de utilização do genograma e ecomapa pode levar a modificações na maneira de ensinar, avaliar e aprender, porque promove a aprendizagem significativa e atribui novos significados aos conceitos de ensino, aprendizagem e avaliação. Pode-se afirmar que a utilização dos instrumentos na pesquisa com famílias permitiu a identificação de grupos variados, ou pessoas, a criação de vínculo entre os membros, a visualização da existência de instituições, de redes sociais de cuidado e o estabelecimento de inter-relações. **Conclusão:** Nessa perspectiva, é possível pensar nos benefícios oferecidos pelos instrumentos para as pesquisas qualitativas com famílias, na possibilidade de desenvolver melhorias nas estratégias de acompanhamento do ensino-aprendizagem que pode ser utilizada na educação, na pesquisa, bem como na prática clínica na área da Enfermagem.

**DESCRITORES:** Família; Enfermagem; Pesquisa qualitativa.

**ABSTRACT:**
**Introduction:** the genogram and ecomap are survey instruments that have been used in several areas of health for the graphical representation of family studies. In nursing, the construction of these instruments with families, proved to be adequate for the resolution of clinical cases, the ability to identify the weaknesses of the networks of care, the bonds of family and the ability of these instruments generate answers for problem solving. **Objective:** To report the use of the genogram and ecomap in qualitative nursing research in the study with families. **Methods:** This is an experience report on the use of the genogram and ecomap in qualitative nursing research with families of Children with Special Healthcare Needs, in a research from master's course in Nursing of the Federal University of Santa Maria. This was held at the University Hospital of Santa Maria. **Results:** We developed readings about the construction and applicability of these instruments. The strategy of using the genogram and ecomap can lead to changes in the way they teach, evaluate and learn, because it promotes meaningful learning and gives new meaning to the concepts of teaching, learning and assessment. It can be argued that the use of instruments in research with families allowed the identification of various groups, or individuals, to create bonds among members, viewing the existence of institutions, social networking care and establishing inter-relationships. **Conclusion:** In this perspective, it is possible to think of the benefits offered by the tools for qualitative research with families, the possibility to develop improvement strategies for the monitoring of teaching and learning that can be used in education, research, and clinical practice in the area Nursing.

**KEYWORDS:** Family; Nursing; Qualitative Research.

**RESUMEN: Introducción:** el genograma y ecomapa son instrumentos de estudio que se han utilizado en varias áreas de la salud para la representación gráfica de los estudios de la

familia. En la enfermería, la construcción de estos instrumentos con las familias, ha demostrado ser adecuado para la resolución de casos clínicos, la capacidad de identificar los puntos débiles de las redes de atención, los lazos de la familia y la capacidad de estos instrumentos generan respuestas para la solución de problemas. **Objetivo:** Presentar el uso del genograma y ecomapa en la investigación cualitativa en enfermería en el estudio con las familias. **Métodos:** Se trata de un relato de experiencia en el uso del genograma y ecomapa en la investigación en enfermería cualitativa con las familias de niños con necesidades especiales de salud, en una tesis de investigación de posgrado de enfermería de la Universidad Federal Santa Maria. Esto se llevó a cabo en el Hospital Universitario de Santa Maria. **Resultados:** Hemos desarrollado lecturas sobre la construcción y aplicación de estos instrumentos. La estrategia de utilizar el genograma y ecompa puede conducir a cambios en la forma de enseñar, evaluar y aprender, ya que promueve el aprendizaje significativo y le da un nuevo significado a los conceptos de enseñanza, aprendizaje y evaluación. Se puede argumentar que el uso de los instrumentos de investigación con las familias permitió la identificación de varios grupos o individuos, para crear lazos entre los miembros, se muestran la existencia de instituciones, la atención de las redes sociales y el establecimiento de interrelaciones. **Conclusión:** En esta perspectiva, es posible pensar en los beneficios que ofrecen las herramientas para la investigación cualitativa con las familias, la posibilidad de desarrollar estrategias de mejora de la supervisión de la enseñanza y el aprendizaje que se puede utilizar en la educación, la investigación y la práctica clínica en el área de Enfermería.

**DESCRIPTORES:** Familia, Enfermería, Investigación Cualitativa.

## INTRODUÇÃO

Desde que há vida existem cuidados. Cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem como finalidade básica, assegurar a manutenção e a continuidade da existência[1]. O cuidar é comum a todas as culturas, embora as suas formas de expressão possam ser diferenciadas e cabe à família esse papel, pois é essencialmente que ela o execute e se responsabilize pelo cuidado[2]. A definição do ato de cuidar caracteriza-se por promover, manter, recuperar a saúde ou originar melhores condições de vida que vão além das necessidades físicas, emocionais e sociais do indivíduo[3].

Família é, antes de tudo, um corpo social onde prevalece a rede de relações e de interações, que possui crenças que são manifestadas em um espaço cultural, e a sua saúde deve ser entendida no contexto das relações entre seus membros[4]. Dessa forma, as questões culturais estão relacionadas aos valores, crenças, religião, envolvendo tudo que é transmitido a todos os membros da família.

O cuidador familiar é um membro da família que possuí suas particularidades e singularidades, o cuidado dedicado por ele, se constitui ao outro de forma integral herdada pelo seu contexto familiar. A integralidade no cuidado é perceber o usuário como sujeito

histórico, social e político, articulando ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere[5].

Desse modo, todos os membros da família, possuem uma relação de parentesco próxima ou que naturalmente assume a responsabilidade do cuidado de um ser querido que vive uma situação de adoecimento[6]. No momento em que um membro da família adoece e sofre alguma modificação em seu estilo de vida, como a hospitalização, é a família que desempenha o papel essencial no cuidado.

Uma família presente e orientada para o cuidado poderá atuar de forma mais resolutiva para a recuperação da saúde e prevenção de doenças de seus pares. Além disso, sua participação na promoção da saúde se torna fundamental, uma vez que os componentes da família passam a ser corresponsáveis pela vida e saúde uns dos outros[7].

Apesar do grande volume de pesquisas na área da família é ainda necessário investigar, pois atuar nesta área torna-se um desafio pela sua complexidade, o que nos impulsiona a buscar novos aspectos e a aprimorar nossa prática assistencial[8]. Desse modo, faz-se imperativo conhecer as crenças, as dificuldades e as particularidades do modo como às famílias cuidam de seus membros.

Para tal, é preciso identificar as singularidades das famílias, o que requer dos profissionais, em especial da enfermagem, considerar as necessidades dos sujeitos envolvidos neste processo de interação e valorização do núcleo familial. Ao compreender a família como unidade de cuidado, provida de saberes, práticas, valores próprios e de autonomia, o enfermeiro pode dimensionar a sua prática no cuidado à família.

Na Enfermagem, o genograma e ecomapa possibilitam a visualização da estrutura familial, por serem instrumentos de coleta de dados que facilitam a avaliação da família, identificam às redes sociais de cuidado, os vínculos criados e as dificuldades enfrentadas no contexto de cuidar e ser cuidado. Nesse contexto, ressalta-se a importância da utilização destes instrumentos nas pesquisas qualitativas em enfermagem, visando ao desenvolvimento da avaliação, planejamento e intervenção familiares[9].

## OBJETIVO

Este estudo objetivou relatar a utilização do genograma e ecomapa em pesquisa qualitativa em enfermagem com famílias.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência acerca da utilização do genograma e ecomapa como instrumentos de coleta de dados em pesquisa qualitativa com famílias. O estudo foi desenvolvido durante o mestrado acadêmico no Programa de Pós Graduação em Enfermagem- PPGENF da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Realizou-se a coleta de dados e a utilização dos instrumentos de pesquisa entre os meses de janeiro e fevereiro de 2012. A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Pediatria do Hospital

Universitário de Santa Maria (HUSM), que está localizado no município de Santa Maria, na região centro-oeste do Rio Grande do Sul (RS).

Os sujeitos da pesquisa foram às famílias de Crianças Com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), totalizando dez famílias de CRIANES, selecionadas aleatoriamente e que estavam acompanhando as crianças em consulta ambulatorial durante o período da coleta dos dados e que aceitaram participar da pesquisa. Para garantir o anonimato aos sujeitos foram identificados como Núcleo Familiar (NF), seguido da numeração conforme a ordem das entrevistas.

Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo que significa um conjunto de técnicas de análise de comunicação que tem por finalidade a compreensão de conteúdos manifestos e ocultos ao organizar os dados em palavras significativas ou categorias, classes de dados definidos por uma expressão ou palavras[10].

Além disso, a análise de conteúdo de Minayo[10] se desdobra em três etapas. A primeira é a pré-análise que determina a unidade de registro e a forma de categorização e codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise. A segunda etapa consiste na exploração do material, procura encontrar categorias de expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. E na terceira etapa, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos resultados.

Por se tratar de uma pesquisa que envolveu seres humanos, o projeto obedeceu às normas da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde[11]. Assim, foram observados os princípios bioéticos que a fundamentam em todo o processo de pesquisa, a saber: o da voluntariedade, o da autonomia, o da beneficência, o da não-maleficência e o da justiça, com vista a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. O projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob protocolo nº 23081.017122/2011-49. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, uma ficando retida pelo pesquisador e outra permanecendo com os sujeitos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A utilização dos genograma e ecomapa no estudo possibilitou identificar e conhecer a estrutura da família de uma forma dinâmica e participativa, em que os integrantes da família puderam participar dessa construção em conjunto. Estes dois instrumentos, têm sido valorizados como importantes instrumentos de coleta de dados nos estudo qualitativos, para a compreensão dos processos familiares e no reconhecimento do nível de relações estabelecidas, além disso, tem sido útil, sobretudo, junto de famílias de crianças com doenças crônicas[12].

O trabalho de pesquisas com famílias torna-se bastante complexo, sobretudo quando se quer avançar em relação aos dados sociodemográficos, numéricos, que, sem dúvida, são fundamentais, mas que por si só não dão conta de estudar a complexidade deste grupo social[13]. Assim sendo, a pesquisa qualitativa destaca-se por encerrar uma preocupação em

estudar as sequências específicas dos comportamentos interpessoais, nas quais as relações são valorizadas e inclui aspectos complexos de interdependência nas relações familiares, sejam eles emocionais, relacionais, e comunicacionais. Estudando pequenas amostras, os estudos qualitativos privilegiam as regularidades, mas se preocupam com as singularidades nas análises de cada grupo familiar em especial[8].

Na Enfermagem, a construção de genograma e ecomapa com famílias, mostra-se adequada para a resolução de casos clínicos, pela capacidade de identificar as fragilidades das redes de cuidado, os vínculos da família e pela capacidade destes instrumentos gerarem respostas para a resolução de problemas. Essa estratégia pode levar a modificações na maneira de ensinar, avaliar e aprender, porque promove a aprendizagem significativa e atribui novos significados aos conceitos de ensino, aprendizagem e avaliação[13].

Além disso, torna possível uma rápida visão da complexidade das relações familiares e são ricas fontes de informação sobre a família, possibilitando o planejamento de estratégias de cuidado da saúde centrado na família[8].

e fazem parte do universo relacional do indivíduo6. Compõe estruturas coletivas, capazes de tornar seus sujeitos autônomos, reflexivos e solidários em suas ações e relações7.

A organização familiar e as redes de cuidados podem ser graficamente representadas pelo genograma e ecomapa. Eles são instrumentos utilizados pelo Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família, para conferir visibilidade à estrutura interna e externa da família no provimento dos cuidados dispensados a seus membros [14].

O Modelo Calgary de Avaliação da família, trata-se de uma estrutura multidimensional, integrada, baseada nos fundamentos teóricos de sistemas, comunicação e mudança, e influenciada pelo pós-modernismo e pela biologia de cognição. Este instrumento serve para avaliar uma família e o seu uso como uma estrutura organizada ou modelo para trabalhar com as famílias a fim de ajudá-las a resolver problemas, o modelo permite além da utilização de entrevista, também a utilização do genograma e ecomapa.

O genograma oferece ricos dados sobre a composição da família e os relacionamentos familiares ao longo do tempo e também incluem dados acerca da saúde, ocupação, religião, etnia e migrações[9]. Este instrumento possibilita, também, observar de uma forma clara quais membros constituem a família, tenham eles vínculos consanguíneos ou não. Durante a sua construção há a visualização da dinâmica familiar e as relações entre seus membros, através de símbolos e códigos padronizados, em pelo menos três gerações[8]. Desta forma, fornece a representação gráfica de dados sobre a família bases para a discussão e análise das interações familiares.

O ecomapa é um diagrama do grupo familiar que representa os vínculos importantes entre a família e o mundo. A sua utilização possibilita ao pesquisador visualizar as relações entre a família e a comunidade. Também, de avaliar as redes de apoio disponíveis e sua utilização pela família[9], representando ausência ou presença de recursos sociais, culturais e econômicos, de um determinado momento do ciclo vital da família.

A experiência da construção do genograma e ecomapa com as famílias de CRIANES permitiu a interação com as mesmas, inicialmente foi realizou-se a proposta de construção dos mesmos a fim de identificar a estrutura da família e com o desenvolvimento foram realizadas perguntas pertinentes aos cuidados da criança, as redes de cuidados, as dificuldades encontradas entre outras.

No início da entrevista, a família foi convidada a participar e informada que eles teriam uma conversa para que a pesquisadora tenha uma visão geral dos membros da família e de sua situação no contexto familiar. Utilizou-se em seguida a construção do genograma e ecompa para discernir as estruturas familiares internas e externas, bem como o contexto, identificando assim, as redes sociais de cuidado. Este exercício de pesquisa possibilitou a identificação e a compreensão da composição e dos vínculos da família.

Neste contexto, as redes sociais são as relações criadas pela família nuclear ou extensa, formando vínculos interpessoais ampliados, e as relações que são estabelecidas na comunidade. Assim, elas sustentam e fazem parte do universo relacional do indivíduo. Compõe estruturas coletivas, capazes de tornar seus sujeitos autônomos, reflexivos e solidários em suas ações e relações[14].

Dentro deste contexto, a experiência com a utilização do genograma e ecomapa permitiu a observação de situações e comportamentos, que passaram a ser dados da pesquisa. Foi possível realizar a coleta de dados a partir do envolvimento com as famílias, o que a tornou dinâmica, interessante e de fácil construção. O vínculo criado com as famílias proporcionou a comunicação livre de entraves e garantiu a veemência das informações coletadas.

A utilização o genograma e ecomapa como instrumentos de pesquisas qualitativas com famílias, pode apontar para o suporte social ofertado à família, as suas necessidades e fragilidades, formação das relações, vínculos, o desenvolvimento de atividades cotidianas, de lazer, de busca pelo atendimento e ao cesso as redes de cuidado, as formas de enfrentamento da família aceca de determinada doença[8].

Visto a complexidade de trabalhar com famílias, os resultados encontrados em pesquisas qualitativas na área da saúde têm como base a realidade dos sujeitos, sua cultura, seu ambiente, sua época. A escolha pelos instrumentos de pesquisa permite vislumbrar cada família, em sua complexidade e dinamicidade.

As redes sociais são as relações criadas pela família nuclear ou extensa, formando vínculos interpessoais ampliados, e as relações que são estabelecidas na comunidade. Assim, elas sustentam

## CONCLUSÃO

Ao conhecer as formas de enfrentamento da família e as relações estabelecidas com as redes de cuidado, podemos constatar que pessoas e famílias são processos dinâmicos. Faz-se necessário cumprir a difícil tarefa de exercitar a visão ampliada, exigida do profissional enfermeiro, para compreender que o processo de trabalho não se restringe a atuação sobre doenças e agravos, mas dar condições a pessoa, família e comunidade para alcançarem

saúde biológica, psicológica, espiritual, social e ambiental, conhecendo assim as suas condições de saúde-doença, suas dificuldades e fortalezas, seus valores e o seu ambiente sociocultural.

Pode-se afirmar que a utilização dos instrumentos na pesquisa com famílias permitiu a identificação de grupos variados, ou pessoas (membros da família ampliada, vizinhos e amigos íntimos), a criação de vínculo entre os membros, a visualização da existência de instituições, de redes sociais de cuidado e o estabelecimento de inter-relações.

Nessa perspectiva, é possível pensar nos benefícios oferecidos pelo genograma e ecomapa nas pesquisas qualitativas com famílias, pois a utilização destes instrumentos poderá proporcionar a melhoria nas estratégias de acompanhamento do ensino-aprendizagem que pode ser utilizada na educação, na pesquisa, bem como em reflexões sobre a prática clínica na área da Enfermagem.

Á**REA TEMÁTICA:** Processos de cuidar

**REFERÊNCIAS:**

1. Pires, C.G.S.; Mussi, F. C. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. Revista da Escola de Enfermagem- USP; v.43 n. p. 229-36, 2009.

2. Santos, D.I.F.A. As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo no Conselho da Lourinha. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde). Universidade Aberta. Lisboa, 2008.

3. Leininger, M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: national League for Nursing, 1991.

4. Elsen, I.; Marcon, S. S. Silva, S. M. R.; O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 1. ed. Maringá: Eduem, 2004. p.398.

5. Kleba, E. M. Estratégias da saúde da família e a intersetorialidade: revendo espaços e atores da promoção da saúde. IN: ELSEN, I.; MARCON,S.S.; (Org.). Enfermagem à Família dimensão e perspectivas. 2. ed. Maringá: Eduem, 2011. p.351.

6. Massa, E. R., Prieto, A. M. Torres, I. F. Características de los cuidadores de niños con cardiopatías congénitas complejas y su calidad de vida. Avances en Enfermería. v. 18, n.1 enero-junio 2010.

7. Althoff CR, Fernandes GCM, Scmickler CM, Mioto, RCT. Pesquisando a família: por onde caminham os pesquisadores. In: Elsen I, Althoff CR, Nitschke RG. Pesquisando a família: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa Livro, 2004, p. 29-42.

8. Perreira, A.P.de S.; Teixeira, G.M.; Bressan, C. de A. B.; Martini J.G. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Rev Bras Enferm, Brasília, maio -jun; v.62, n. 3, p. 407-16, 2009.

9. Wright, L. M; Leahey. M. Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca, 2009.

10. Minayo, M.C. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª edição. São Paulo. HUCITEC, 2010.

11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. (Res. CNS n° 96/196 e outras). 2ª ed. Brasília (DF); 2003, 106p.

12.Charepe ZB, Figueiredo MHJS, Viera MMS, Afonso Neto LMV. (Re) descoberta de esperança na Família da Criança com Doença Crônica através do genograma e ecomapa. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 20(2):349-58.

13. Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VE. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. Texto Contexto Enferm 2005; 14(2):280-6.

14. Moraes JRMM, Cabral IE. A rede social de crianças com necessidades especiais de saúde na (in)visibilidade do cuidado de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. Mar.-abr. 2012 [acesso em: 10/11/2012;20(2):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_10.pdf

15. Wendt N. C.; Crepaldi M. A. A utilização de genograma e ecomapas de coletas de dados na pesquisa qualitativ. Rev. Psicologia: Reflexão Crítica. v.22, n.2, p. 302-310. 2007.

16. Silva L, Bousso RS, Galera SAF. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. Rev Bras Enferm. 2009; 62(4):530-4.

# PERFIL DAS MULHERES COM CANCÊR DE MAMA ATENDIDAS EM UM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA

# PERFIL DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN RESPUESTA A UN SERVICIO DE RADIOTERAPIA

# PROFILE OF WOMEN WITH BREAST CANCER ANSWERED IN A RADIOTHERAPY SERVICE

ROSA, Natanna da*
KARKOW, Michele **
ROSA, Bruna Vanessa Costa da ***
MISTURA, Claudelí***
STAMM, Bruna***
GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira****

*Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrantes do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Bolsistas de Iniciação Científica FIPE/UFSM. Email: natanna-enf@hotmail.com
** Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrantes do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Bolsistas de Iniciação Científica PROIC/HUSM/UFSM
*** Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem e da Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**Resumo**
**Introdução:** No Brasil o câncer de mama é a principal neoplasia que acomete mulheres. Como forma de tratamento a radioterapia tem sido amplamente utilizada. **Objetivo:** Caracterizar as mulheres com o diagnóstico de câncer de mama atendidas em um serviço de radioterapia de um hospital de referência. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa de caráter exploratório-descritivo, retrospectivo e documental. Os dados foram coletados a partir de formulários preenchidos com as informações contidas nas fichas de atendimento do serviço de radioterapia e nos prontuários da pacientes em tratamento no ano de 2011. A população do estudo é composta por 60 pacientes. A análise dos dados seguiu a estatística descritiva. **Resultado:** Constatou-se que o perfil da

população do estudo é composta por mulheres com idade média de 56 anos, brancas, casadas, com ensino fundamental incompleto, aposentadas e procedentes da zona urbana. **Conclusão:** Entendemos que estudos dessa natureza são relevantes para o desenvolvimento de práticas de assistência eficiente e singular.

**Palavras-chave:** Câncer de mama; Radioterapia; Enfermagem.

**Abstract**

**Introduction:** In Brazil, breast cancer is the leading cancer affecting women. As a form of radiotherapy treatment has been widely used. **Objective:** To characterize women diagnosed with breast cancer treated at a radiotherapy of a referral hospital. **Methodology:** This is a quantitative research approach of an exploratory-descriptive, retrospective and documentary. Data were collected from forms filled out with the information contained in the medical records of the radiotherapy service and the medical records of patients treated in 2011. The study population comprised 60 patients. The data analysis followed the descriptive statistics. **Results:** It was found that the profile of the study population are women, mean age 56 years, white, married, with incomplete primary education, and retirees coming from urban areas. **Conclusion:** We believe that such studies are relevant to the development of efficient and practical assistance singular.

**Keywords:** Breast cancer, Radiotherapy, Nursing

**Resumen**

**Introducción:** En Brasil, el cáncer de mama es el cáncer que más afecta a las mujeres. Como una forma de tratamiento de radioterapia ha sido ampliamente utilizado. **Objetivo:** Caracterizar las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama tratadas en una radioterapia de un hospital de referencia. **Metodología:** Se trata de un enfoque de investigación cuantitativa de un estudio exploratorio-descriptivo, retrospectivo y documental. Se recogieron datos de formularios rellenados con la información contenida en los registros médicos del servicio de radioterapia y de las historias clínicas de los pacientes tratados en 2011. La población de estudio incluyó 60 pacientes. El análisis de los datos siguió las estadísticas descriptivas. **Resultados:** Se encontró que el perfil de la población de estudio son mujeres, edad media 56 años, blanco, casado, con estudios primarios incompletos y jubilados procedentes de las zonas urbanas. **Conclusión:** Creemos que tales estudios son relevantes para el desarrollo de la práctica y eficiente singular asistencia.

**Palabras clave:** Cáncer de mama, Radioterapia, Enfermería

**INTRODUÇÃO:**

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, definida pelo Ministério da Saúde, buscando priorizar estudos que estejam em consonância com os princípios do SUS, respeitando as necessidades nacionais e regionais de saúde em aumentar a produção de conhecimentos em áreas que promovam o desenvolvimento das políticas sociais, definiu como subagenda diversos temas prioritários de pesquisa. Dentre estes se destaca as doenças não transmissíveis e, em meio a essas as neoplasias.[1] Em relação às neoplasias, mundialmente, o câncer de mama é o segundo mais frequente correspondendo à 22% dos novos casos a cada ano. O câncer de mama, geralmente, deriva de uma mutação genética, embora cerca de 10% a 15% se relacione a aspectos hereditários. No Brasil, a neoplasia de mama é a de maior incidência entre as mulheres, e está distribuída de maneira desigual nas diferentes regiões, cujo adoecimento tem repercussões socioeconômicas e na qualidade de vida das mulheres acometidas. Assim, conhecer as características das mulheres atendidas nos serviços de saúde pode representar a possibilidade de uma oferta de assistência congruente à realidade, eficaz e satisfatória a este gênero. Cabe destacar que o câncer mamário é temido pelas mulheres, tanto pela frequência quanto pelos efeitos psicológicos decorrente de possíveis alterações da imagem corporal, haja vista que a mama, em nossa cultura, é símbolo de feminilidade. Embora com prognóstico favorável, quando descoberto em fases iniciais, o tumor maligno de mama foi responsável por cerca de 12.852 mortes no ano de 2010, sendo estimado, para o ano de 2012, o diagnóstico de 52.680 novos casos.[2] O número de casos novos apresenta tendência ascendente devido às mudanças ambientais, urbanização crescente e adoção de estilos de vida favoráveis a carcinogênese, assim como a progressão do número de pessoas idosas na população geral.3 Os principais fatores de risco que contribuem para o aparecimento da doença em mulheres são: idade, com maior risco entre 45 a 55 anos, mulheres que tiveram menarca precoce, menopausa tardia e nuligestas, por estarem sobre a ação estrogênica por longos períodos, exposição a terapias ionizantes e antecedentes familiares.[3] . Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer da mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Quanto a terapêutica do câncer de mama, as formas empregadas são as cirurgias radicais ou conservadoras, a quimioterapia e a radioterapia e, em alguns casos, a hormonioterapia. No que diz respeito à radioterapia, o objetivo é alcançar um índice terapêutico favorável, levando as células malignas a perderem a sua clonogenicidade e, ao mesmo tempo, preservar os tecidos normais. Essa terapêutica pode ser usada de maneira exclusiva ou em associação com outras formas de tratamento, como a cirurgia e a quimioterapia, com finalidade de cura ou como tratamento paliativo, controle da dor e de sangramentos.[3] Diante do exposto, e considerando a necessidade de ampliar o conhecimento sobre as mulheres com câncer de mama em atendimento radioterápico como forma de contribuir no planejamento da assistência de enfermagem, desenvolveu-se o presente estudo.

**OBJETIVO**

O presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil das mulheres com câncer de mama atendidas no serviço de radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no ano de 2011.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa de caráter exploratório-descritivo, retrospectivo e documental, realizada junto ao setor de radioterapia do HUSM. Este hospital está localizado na cidade de Santa Maria-RS e vinculado a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Constitui-se em centro de referencia para tratamento oncológico a pacientes oriundos dos municípios da 4º Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), além de atender demandas de outros municípios do Estado. A unidade de radioterapia está em funcionamento há aproximadamente 38 anos e atende em média 45 pessoas diariamente, de segunda a sexta-feira. A população do estudo foi constituída de 60 formulários/ prontuários de mulheres com câncer de mama atendido no serviço mencionado no ano de 2011. Cabe ressaltar que este estudo foi elaborado a partir de um banco de dados de uma pesquisa que buscou conhecer o perfil dos usuários do serviço de radioterapia do HUSM atendidos no ano de 2011. Destaca-se que do total de atendimentos realizados no período obteve-se os dados de 96% dos pacientes. Como instrumento para a coleta de dados utilizou-se um formulário elaborado com as variáveis de interesse sócio-demográficas e clínicas. O processo de coleta dos dados foi realizado, inicialmente, no arquivo da Radioterapia, mais especificamente nas fichas dos pacientes atendidos, onde se obteve informações relacionadas a identificação, ao diagnóstico e ao tratamento radioterápico realizado. Além disso, obteve-se o número de registro no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Em um segundo momento, para obter dados mais fidedignos e completar aqueles não encontrados no formulário da radioterapia, foi consultado os prontuários dos pacientes no SAME. Considerando os resultados do estudo mencionado, em que se analisou 278 fichas/prontuários, 21,6% referiam-se a pacientes com o diagnóstico de câncer de mama que constituem a população do presente estudo. A coleta dos dados foi realizada no período de março a julho de 2012. Neste trabalho apresenta-se os resultados referentes as variáveis idade, cor, estado civil, escolaridade, profissão, procedência. Para análise dos dados seguiu-se a sequência codificação, tabulação, análise estatística dos dados, avaliação das generalizações, e interpretação dos dados.[4] Foi utilizado o programa Epinfo para a organização dos dados, sendo os mesmos analisados com base na estatística descritiva. Os resultados são apresentados em frequências relativas e absolutas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CAEE 0379.0.243.000-11).

**RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados referentes à idade das mulheres atendidas no serviço de radioterapia (Tabela 1) apontam uma, faixa etária que variou de 32 a 83 anos, perfazendo uma média de 56,4

anos. Cabe destacar que 55,5% das pacientes encontram-se na faixa etária de 40 a 59 anos, nas faixas etárias de 30 a 39 anos e de 80 anos ou mais, respectivamente, 8,5% e 3,4%. Em estudo semelhante observou-se que a neoplasia de mama em mulheres com idade abaixo dos 35 anos é menos comum.[5] Aproximadamente, apenas 4% de todos os casos diagnosticados de câncer de mama ocorrem nessa faixa etária. Acima dos 40 anos, a incidência cresce rápida e progressivamente, atingindo seu pico entre 45 e 55 anos.[6] Os fatores que predispõem as mulheres dessa faixa etária ao câncer de mama pode ser relacionado com a menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação após os 30 anos, uso de terapia de reposição hormonal e anticoncepcional hormonal por longos períodos.

**Tabela 1:** Distribuição da faixa etária das mulheres com câncer de mama tratadas no serviço de Radioterapia do HUSM. Santa Maria/RS, 2012

| FAIXA ETÁRIA | N | % |
|---|---|---|
| 30 \|--\| 39 anos | 5 | 8,3 |
| 40 \|--\| 49 anos | 18 | 30 |
| 50 \|--\| 59 anos | 15 | 25 |
| 60 \|--\| 69 anos | 11 | 18,3 |
| 70 \|--\| 79 anos | 9 | 15 |
| Maiores de 80 anos | 2 | 3,4 |
| TOTAL | 60 | 100,0 |

Quanto à etnia (Tabela 2) evidenciou-se a predominância da cor branca com 79,7% do total dos sujeitos do estudo. Salienta-se que do total dos 60 formulários, 10 (16,7%) não continham a informação relacionada à variável grupo étnico. Esse dado destaca-se pelo fato de que o HUSM é referência para municípios predominantemente de colonização alemã e italiana, colaborando para os altos índices de clientes caucasianos. Estudo semelhante, que objetivou conhecer os principais fatores de risco para o câncer mamário, revelou que 80% das participantes eram de cor branca[7]. Esse dado corrobora com a literatura que aborda que as mulheres brancas possuem um risco consistentemente elevado para o desenvolvimento de câncer de mama[8].

**Tabela 2:** Distribuição do grupo étnico das mulheres com câncer de mama tratadas no serviço de Radioterapia do HUSM. Santa Maria/RS, 2012.

| GRUPO ÉTNICO | N | % |
|---|---|---|
| Branca | 48 | 80,0 |
| Parda | 1 | 1,7 |
| Negra | 1 | 1,7 |
| Sem informação | 10 | 16,6 |
| TOTAL | 60 | 100,0 |

No que se refere ao estado civil (Tabela 3) identificou-se predominância de mulheres casadas representando 45,8% das pacientes. Em estudo semelhante realizado em São Paulo verificou-se que as pacientes com câncer de mama atendidas em uma clinica especializada em tratamento oncológico foram pacientes consideradas jovens, em que 79% eram casadas.[9] Outro estudo indica que mulheres solteiras ou viúvas, acima de 65 anos, tem aumento do risco de morte por câncer de mama depois de controlados os fatores de risco relevantes, incluindo estadiamento ao diagnóstico e tratamento. É comum esse grupo de mulheres serem diagnosticadas com a doença em situação mais avançada. [10]

**Tabela 3:** Estado civil das mulheres com câncer de mama tratadas no serviço de Radioterapia- HUSM. Santa Maria/RS, outubro de 2012.

| ESTADO CIVIL | N | % |
|---|---|---|
| Solteira | 7 | 11,7 |
| Casada | 28 | 46,7 |
| Viúva | 15 | 25,0 |
| Divorciada/ separada | 5 | 8,3 |
| Sem informação | 5 | 8,3 |
| TOTAL | 60 | 100,0 |

Quanto à escolaridade (Tabela 4), evidencia-se que 54,2% das mulheres tinham o ensino fundamental incompleto. A baixa escolaridade pode estar associada com a falta de informação, no caso a falta de conhecimento sobre métodos de prevenção e detecção precoce, e a dificuldade no acesso aos serviços básicos de saúde.[11] Este dado corrobora estudo realizado em que foi observado que a maioria das pacientes com tumor maligno de mama tinha ensino fundamental incompleto ou nenhuma instrução, sendo que a diferença

não foi estatisticamente significante. A literatura traz como evidencia que mulheres com mais anos de estudo teriam melhores condições e oportunidades de diagnóstico para o câncer de mama precoce.[12]

**Tabela 4:** Distribuição da escolaridade das mulheres com câncer de mama tratadas no serviço de Radioterapia/HUSM. Santa Maria/RS, 2012.

| ESCOLARIDADE | N | % |
|---|---|---|
| Não Alfabetizada | 1 | 1,7 |
| Ensino fundamental incompleto | 32 | 53,3 |
| Ensino fundamental completo | 4 | 6,7 |
| Ensino médio incompleto | 1 | 1,7 |
| Ensino médio completo | 6 | 10,0 |
| Ensino superior incompleto | 1 | 1,7 |
| Ensino superior completo | 4 | 6,7 |
| Sem informações | 11 | 18,2 |
| TOTAL | 60 | 100 |

No que se refere à profissão/ocupação (Tabela 5), a maioria era aposentada 28,3%, seguidas por do mulheres que desenvolviam atividade no lar 28,3% e domésticas com 16,6%. A ocupação é um é um fator relevante para o câncer de mama, pois mulheres com carreiras profissionais tem chances até 50% maior do que as mulheres sem qualificação profissional, de morrer dessa doença, visto que, estas estão mais ameaçadas de serem acometidas pela doença, pelo fato de que, geralmente, tem menos filhos, tem menos tempo para o autocuidado, e preferem engravidar em uma idade mais avançada, sendo esses fatores considerados de risco da neoplasia mamárea. [13] Em estudo realizado no estado do Ceará evidenciou-se resultados semelhantes aos obtidos neste estudo no que se refere a ocupação da mulheres com diagnóstico de câncer de mama e que foram relacionados, também, com a baixa escolaridade, estão intimamente relacionadas com a baixa escolaridade. [14] Cabe considerar, neste contexto, que os dados referentes a baixa escolaridade e ao predomínio de atividades laborais relacionados ao âmbito doméstico, podem estar circunscritos a característica do hospital que o estudo foi realizado o qual presta atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS)

**Tabela 5:** Distribuição da caracterização da profissão das mulheres com câncer de mama tratadas no serviço de Radioterapia/HUSM, Santa Maria/RS, 2012

| PROFISSÃO | N | % |
|---|---|---|
| Professora | 2 | 3,3 |
| Aposentada | 17 | 28,3 |
| Do lar | 17 | 28,3 |
| Doméstica | 10 | 16,6 |
| Costureira | 2 | 3,3 |
| Garçonete | 1 | 1,7 |
| Funcionaria publica | 2 | 3,3 |
| Comerciante | 4 | 6,7 |
| Corretora de imóveis | 1 | 1,7 |
| Industriaria | 1 | 1,7 |
| Serviços gerais | 1 | 1,7 |
| Técnica de enfermagem | 1 | 1,7 |
| Sem informações | 1 | 1,7 |
| TOTAL | 60 | 100 |

A procedência da população em estudo (Tabela 6) é de maioria urbana, com 84,7%. Esse dado está relacionado a característica da distribuição geográfica da população brasileira, em que predomina a população urbana em relação a rural. No entanto, esse resultado pode estar relacionado, também, ao local no qual o estudo foi realizado, considerando que este é um hospital de grande porte, referência para o centro do Estado do Rio Grande do Sul e localizado em área urbana. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Brasil no ano de 2010, apenas 15,65% da população vivia em situação rural, em quanto 84,35% em situação urbana. No Rio Grande do Sul a população que vive em meio rural é ainda menor, 14,9%. [15] Assim verifica-se uma conformidade dos dados do estudo com o âmbito nacional e municipal. Vários estudos mostraram que a incidência da neoplasia maligna de mama é maior em populações urbanas [1,6,16] . Um estudo norte-americano conduzido na Carolina do Norte concluiu que morar ou trabalhar na zona rural está associado a um menor risco de desenvolvimento de câncer de mama.[6]

**Tabela 6:** Distribuição da procedência das mulheres com câncer de mama tratadas no serviço de Radioterapia/HUSM. Santa Maria/RS, 2012.

| PROCEDÊNCIA | N | % |
|---|---|---|
| Rural | 6 | 10 |
| Urbana | 51 | 85 |
| Sem informações | 3 | 5 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Em relação aos fatores sócio-demográficos que podem estar associados a maior disponibilidade de desenvolvimento de câncer de mama, estudo demonstra que, a magnitude dessa associação é pouco sustentada e com riscos geralmente baixos. O estudo reitera que, com exceção da idade, outras variáveis sócio-demográficas não devem ser utilizadas como parâmetros para rastreamento, por pouco diferenciarem as portadoras da doença das mulheres saudáveis. [17] Nesse sentido, embora as variáveis de caracterização do paciente não sejam suficientes para traçar fatores de risco, esses dados são de extrema relevância para a atuação da equipe de saúde que está prestando assistência a esse usuário, em especial à enfermagem. A educação em saúde é um importante instrumento de trabalho para os enfermeiros, porém é necessário que estes conheçam a população a quem assistem, como forma de garantir coerência e adequabilidade das ações propostas, tendo em vista o contexto de vida das pessoas, suas peculiaridades, suas limitações para, assim, optar por estratégias que possam contemplar as necessidades expressadas por essas pessoas. Nesse sentido é importante estudos sobre o perfil dos pacientes atendidos, pois informações dessa natureza contribuem na implementação de novas estratégias de acolhimento visando a melhoria da assistência à clientela. Vale lembrar que a qualidade no atendimento à mulher é talvez, fundamental para a resolutividade e eficiência do tratamento. Portanto, a rede de serviço de saúde deve estar articulada de tal forma que permita a acessibilidade e a formação de vínculo entre o profissional e a usuária.

**CONCLUSÃO:**

O estudo realizado possibilitou identificar o perfil das pacientes com câncer de mama atendidas no setor da radioterapia do HUSM. Os resultados apontam que estas mulheres têm idade média de 56 anos, são brancas, casadas, com o ensino fundamental incompleto, do lar ou aposentadas e procedentes da zona urbana. Considerando esse perfil pode-se inferir que as mulheres com câncer de mama atendidas unidade da radioterapia encontram-se mais vulnerável, tanto no que diz respeito a sua doença, quanto ao seu perfil sócio-demográfico podendo assim o enfermeiro ser o facilitador nesse processo. O enfermeiro, a partir do conhecimento do perfil das pacientes, deve realizar orientações sobre o tratamento, sempre considerando as demandas e as necessidades observadas ou referenciadas pelas pacientes e assim incluir também a família nesse momento. Ao conhecer o perfil dos pacientes que são atendidos em determinados serviços os enfermeiros e profissionais da saúde podem estar aptos a compreender o contexto dessas mulheres, embasando-se nas suas características a fim de destinar a essas pacientes uma assistência adequada e um cuidado humanizado.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS:**

1- Ministério da Saúde (Brasil), Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Brasília-DF, 2008. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_portugues_montado.pdf

2- Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/tabelaestados.asp?UF=DF

3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de janeiro: INCA, 2012.

4- Gil AC. Métodos e técnicas de Pesquisa Social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

5- Brito NMB, Sampaio PCM, Castro AAH, Oliveira MR. Características clínicas de mulheres com carcinoma mamário ductal invasivo submetidas à quimioterapia neoadjuvante. Rev. Para. Med. [online]. 2007, vol.21, n.4, pp. 37-41. ISSN 0101-5907.

6- Palmeira HT, Naidu S, Juaçaba S, Ferreira MVP, Rabenhorst SHB. Características anatomopatológicas e dados epidemiológicos de pacientes com câncer de mama submetidas a tratamento cirúrgico na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand. *Rev Bras Mastol*. 2002; 12(1):31-4.

7- Instituto Nacional do Câncer. Controle de câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro, 2004. Instituto Nacional de Câncer; 2004.

8- Rezende MCR. [et al.] (2009) - Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Ginecologia & Obstétricia. Vol. 31, nº 2, p. 75-81.

9- Aguiar ADF, Padilha KM, Volpi PTM, Gomes JC, Tartarotti EA, Oliveira MS et al. Perfil sociodemográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer mamário. Rev Inst Ciênc Saúde. 2008;26(2):191-5

10- Osborne C, Ostir GV, Du X, Peek MK, Goodwin JS. The influence of marital status on the stage at diagnosis, treatment, and survival of older women with breast cancer. Breast Cancer Res Treat 2005; 93:41-7

11- Almeida AM, Prado MAS, Guidorizzi LLF, Rossini FP. Mulheres com câncer de mama: um estudo de morbidade. Disponível: www.cirurgiareparadora.com.br/acta/acta02_81

12- Ferreira MLSM, Mamede MV. (2003) - Representação do corpo consigo mesma

13- Campos S. (2003) - Mulheres que trabalham morrem mais de câncer de mama. [Consult. 18 Julh. 2013]. Disponível em: www.drashirleydecampos.com.br/noticias/7930.

14- Mourão CML, Silva JGB, Fernandes AFC, Rodrigues DP. Perfil de pacientes com câncer de mama em um hospital de referencia no ceará. Rev. RENE. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 47-53, abr./jun.2008

15- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultado do censo 2010. http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766

16- Ramos Filho AOA, Castro TWN, Rêgo MAV, Alves FO, Almeida LC, Sousa MV et al. Fatores preditivos de recidiva do carcinoma mamário axila-negativo. *Rev Bras Cancerol*. 2002; 48(4): 499-503.

17- Pinho VFS, Coutinho ESF. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 23(5): 1061, maio de 2007

# TENDÊNCIA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA REFERENTE AO HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

# TREND IN NURSING BRAZILIAN SCIENTIFIC PRODUCTION RELATED TO HIV / AIDS IN PRIMARY HEALTH CARE

# TENDENCIA DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA ENFERMERÍA BRASILEÑA EN MATERIA DE VIH / SIDA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

SILVA, Clarissa Bohrer [1]
PAULA, Cristiane Cardoso[2]
PADOIN, Stela Maris de Mello [3]
PIOVESAN, Graziela [4]
ANTUNES, Bibiana Sales [5]
KINALSKI, Daniela [6]

1Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/RS/BRASIL. Bolsista FAPERGS/CAPES. Estudante do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) UFSM. E-mail: clabohrer@gmail.com
2Enfermeira. Doutora. Profa Ajunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade.
3Enfermeira. Doutora. Profa Ajunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade.
4Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/RS/BRASIL. Estudante do GP-PEFAS UFSM.
5Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/RS/BRASIL. Estudante do GP-PEFAS UFSM.
6Acadêmica do curso de Enfermagem da UFSM. Estudante do GP-PEFAS UFSM.

## RESUMO

**Introdução:** A epidemia do HIV/AIDS exige cotidiano assistencial que acontece em serviço de referência. Recomenda-se que esses serviços contem com os serviços de Atenção Primária à Saúde pela importância de mecanismos de assistência descentralizada. **Objetivo:** Analisar as especificidades, natureza e tendência da produção científica sobre a temática do HIV/AIDS no serviço de APS**. Metodologia:** Estudo de revisão narrativa, no banco de teses e dissertações do Portal da CAPES realizado em maio de 2013. Foram

analisadas as especificidades, natureza e tendência da produção. **Resultados:** Foram analisadas 14 produções, sendo cinco teses e nove dissertações publicadas desde 1991 até 2012. Prevaleceram estudos da região sudeste brasileira, com abordagem qualitativa, desenvolvidos com profissionais da APS. Quanto à natureza dos estudos, salientam-se os estudos socioculturais e à tendência, os de prevenção. **Conclusão:** Evidencia-se a lacuna de estudos desenvolvidos com a população de adolescentes com HIV/AIDS e a assistência prestada na APS.

**Descritores**: Atenção Primária à Saúde; HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Enfermagem.

**ABSTRACT**

**Introduction**: the HIV/AIDS epidemic requires daily care in referral service. It is recommended that these services with the primary health care services the importance of decentralized assistance mechanisms. **Objective**: to Analyze the specifics, nature and trend of scientific literature on the subject of HIV/AIDS in the APS service. **Methodology**: review Study narrative, in theses and dissertations Portal CAPES in may 2013. Were analysed the specifics, nature and trend of production. **Results**: 14 productions were analyzed, being five Theses and dissertations published since 1991 until 2012. Studies of Brazilian Southeast region prevailed, with qualitative approach, developed with professionals of the APS. As to the nature of the studies, express the socio-cultural and trend studies, prevention. **Conclusion**: shows the gap of studies developed with the population of adolescents with HIV/AIDS and the assistance provided in the APS.

**Descriptors**: Primary Health Care; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Nursing.

**RESUMEN**

**Introducción**: la epidemia de VIH/SIDA requiere cuidado diario en el servicio de remisión. Se recomienda que estos servicios con la atención primaria de salud los servicios de la importancia de mecanismos de asistencia descentralizada. **Objetivo**: analizar los detalles, la naturaleza y la tendencia de la literatura científica sobre el tema del VIH/SIDA en el servicio APS. **Metodología**: revisión narrativa de estudio, en tesis y disertaciones Portal CAPES, en mayo de 2013. Fueron analizaron los detalles, la naturaleza y la tendencia de la producción. **Resultados**: se analizaron 14 producciones, siendo cinco tesis y disertaciones publicadas desde 1991 nueve hasta el 2012. Estudios de la región sureste brasileño prevalecieran, con un enfoque cualitativo, desarrollado con profesionales de la APS. En cuanto a la naturaleza de los estudios, subrayar los estudios socio-culturales y tendencia, prevención. **Conclusión**: muestra la brecha de estudios desarrollados con la población de adolescentes con VIH/SIDA y la asistencia prestada en la APS.

**Descriptores**: Atención Primaria de Salud; VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o consequente desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) exigem demandas de acompanhamento em saúde na população de adolescentes além do habitual, devido às especificidades da condição sorológica.[1] Essas especificidades caracterizam uma necessidade especial de saúde, resultado de uma doença crônica e até então sem cura. O adolescente com HIV/AIDS ganha importância no contexto da epidemia, tanto a partir de adolescentes infectados por transmissão vertical quanto horizontal. Neste sentido, os adolescentes com HIV/AIDS precisam manter acompanhamento permanente em serviços de saúde, visando à prevenção do adoecimento somada a recuperação e/ou manutenção da saúde. Esse cotidiano assistencial acontece, majoritariamente, em serviço de referência para o atendimento de pessoas com HIV/AIDS, justificado pela organização do serviço e pela experiência dos profissionais.[2] Recomenda-se que esses serviços de referência contem com os serviços de Atenção Primária de Saúde (APS) pela importância da integração entre estruturas especializadas e mecanismos de assistência descentralizada.[3] No entanto, a falta de acesso aos serviços de APS resulta na busca da resolução dos problemas de saúde de baixa e média complexidade nos hospitais, principalmente, nos serviços de emergência. Isso gera um viés do sistema, atribuindo ao serviço de referência à porta de entrada do mesmo.[4] A APS é definida como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, por seus atributos (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, competência cultural, orientação familiar e comunitária).[5] Com base nestes atributos, é possível determinar se os sistemas de saúde são ou não orientados à APS, ou seja, a presença e extensão desses atributos promovem melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, menores custos e maior eqüidade.[6] Assim, há necessidade de ações de intervenção junto aos adolescentes, de modo que se possa viabilizar um acompanhamento integral da sua condição crônica relacionada à AIDS. Ainda, que possibilite o surgimento de questões que venham a auxiliar a assistência realizada, mediando ações de promoção à saúde e de minimização dos danos clínicos e sociais que a infecção ocasiona perpassando pela APS. Justifica-se tal estudo uma vez que a busca de evidências científicas podem apontar o desenvolvimento e/ou redirecionamento de políticas públicas que perpassem a saúde das pessoas que vivem com HIV/AIDS, a fim de vislumbrar a prevenção, a recuperação e a promoção da saúde dessa população a partir da APS. Além de lacunas na produção intelectual, que são inerentes à temática do estudo. Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de identificar e analisar a produção de teses e dissertações de enfermagem que abordam a temática do HIV/AIDS na APS.

**OBJETIVO**

Analisar as especificidades, natureza e tendência da produção científica sobre a temática do HIV/AIDS no serviço de APS.

**METODOLOGIA**

Estudo de revisão narrativa da literatura[7] com a seguinte questão de pesquisa: Qual a natureza e a tendência da produção científica referente à temática do HIV/AIDS na atenção primária à saúde? A busca foi realizada no banco de teses e dissertações do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES) no mês de maio de 2013. Utilizaram-se as seguintes palavras no campo assunto: atenção primária a saúde *ou* atenção básica *e* HIV *ou* AIDS *e* Enfermagem. Foram desenvolvidas quatro estratégias de busca, cada uma apresentou produções diferentes que poderiam ser incluídas na revisão. As estratégias utilizadas foram: 1) atenção primária a saúde HIV Enfermagem totalizando 5 produções; 2) atenção primária a saúde AIDS Enfermagem totalizando 5 produções; 3) atenção básica HIV Enfermagem totalizando 12 produções; 4) atenção básica AIDS Enfermagem totalizando 12 produções. Os critérios de inclusão foram: dissertação ou tese do Curso de Enfermagem na temática; com resumo na íntegra disponível em suporte eletrônico. Critérios de exclusão: teses e dissertações que não abordassem o serviço de atenção primária a saúde. Optou-se por não restringir a pesquisa para a população de adolescentes devido ao quantitativo de produções que seriam analisadas. Para a seleção dos estudos foi desenvolvida a leitura dos títulos e dos resumos. Para a extração dos dados, aplicou-se uma ficha de análise documental, composta pelos itens: especificidades (autor, título, instituição, ano, abordagem metodológica, população do estudo) natureza e tendência. Para a categorização da natureza e tendência do estudo foi utilizado o modelo de sistematização da produção acadêmica e científica adotada pela CAPES[8]. Sendo que natureza refere-se à classificação quanto ao foco da área temática (clinico-epidemiológico, sociocultural ou político) e a tendência refere-se às contribuições e/ou recomendações que intenciona em seus resultados (prevenção, promoção, assistência, proteção ou vigilância). A análise foi utilizada estatística descritiva e a caracterização das produções científicas foi apresentada na forma de frequência absoluta e relativa.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram encontradas 34 Teses e Dissertações, as quais foram analisadas conforme critérios pré-estabelecidos, totalizando 27 estudos, sendo 13 repetidos. Foram analisados 14 estudos. Os estudos foram analisados quanto ao tipo de produção: nove dissertações (64,3%) e cinco teses (35,7%). Relacionado ao ano de publicação, as teses e dissertações encontradas foram publicadas a partir do ano de 1991 até 2012. Sendo o ano de 2012 com o maior quantitativo de produções (35,7%), seguido por 2009 (21,4%), 2007 e 2011 (14,3%) e 1991 e 2003 (7,1%). De acordo com esses dados, observou-se um aumento da produção cientifica referente a teses de doutorado e dissertações de mestrado na temática. Considera-se que

essa elevação se deva pelo decorrer das pesquisas de campo na segunda e terceira década da epidemia. Possivelmente, quando o maior crescimento das produções pode ser relacionado à implementação dos Programas de Pós-graduação e do financiamento das pesquisas por órgãos nacionais e internacionais.[8] Referente à região de publicação: sudeste nove (64,2%); nordeste três (21,4%) e sul duas (14,3%). Referente à instituição com maior publicação apresenta-se: Universidade Federal do Rio de Janeiro com seis publicações (42,8%); Universidade de São Paulo com três publicações (21,4%); Universidade Federal do Piauí, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal de Santa Catarina com uma publicação (7,1% cada). Os resultados apontam a desigualdade da produção cientifica entre as regiões do país, destacando-se a região sudeste. Isso se deve ao fato de os Estados do SP e RJ possuírem maior concentração de institutos de pesquisas e universidades, os quais são reconhecidos como pólo de produção de conhecimento.[10] Quanto à abordagem metodológica: qualitativa nove (64,3%); quantitativa três (21,4%); qualitativo-quantitativo um (7,1%); revisão sistemática um (7,1%). Os resultados quanto à abordagem utilizada evidenciam a crescente utilização do método qualitativo nas pesquisas da área da saúde na última década[11]. Nesse sentido, as produções acompanharam as necessidades de saúde dessa população e contribuíram para a geração de respostas às demandas de atenção em nível primário.[12] Referente aos sujeitos do estudo, seis estudos foram desenvolvidos com profissionais da APS (42,8%), destacando-se o profissional enfermeiro em quatro estudos; quatro com pessoas vulneráveis à infecção (28,5%), sendo que três com mulheres; dois com portadores de HIV/AIDS (14,2%), um com profissionais de saúde e mulheres em idade fértil (7,1%) e um com puérperas soropositivas e soronegativas (7,1%). Os resultados quanto ao sujeito das produções apontam o enfermeiro com potencial para transformar sua prática, valorizando a prevenção da AIDS e a disseminação desse conhecimento. Além disso, nota-se que somente duas produções referiram os indivíduos com HIV/AIDS como participantes das pesquisas.[13] Esse resultado pode significar uma maior necessidade de trabalhos que busquem a identificação da prática assistencial pelos usuários das unidades quanto à doença. No que se refere à temática: cinco produções abordaram as práticas de saúde dos profissionais de saúde frente a AIDS[14-18] (35,7%); quatro produções sobre prevenção da infecção sexual do HIV/AIDS19-22 (28,5%); duas produções sobre avaliação dos serviços de saúde[23-24] (14,2%) e duas quanto à prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS[25-26] (14,2%); e uma sobre políticas públicas para o HIV/AIDS27 (7,1%). As temáticas abordadas apontam a tendência assistencial das produções, demarcando a importância e a correlação do contexto histórico e epidemiológico da AIDS no Brasil. Revela a preocupação com os fatores de risco da infecção pelo HIV, destacando o investimento nas estratégias de prevenção a infecção, a implementação de teste anti-HIV e a profilaxia da transmissão vertical. Quanto à natureza dos estudos, oito são socioculturais (57,1%), cinco políticos (35,7%) e um clínico-epidemiológico (7,1%). No que tange a tendência: oito de prevenção (57,1%); cinco de assistência (35,7%); um de vigilância

(7,1%); não houve produção quanto à proteção. A tendência preventiva de natureza sociocultural mostra coerência ao contexto que a epidemia perpassou. Os estudos buscam compreender as práticas assistenciais dos profissionais da APS quanto à prevenção e à promoção da saúde da população quanto à infecção. A tendência assistencial de natureza sociocultural acaba por ficar para trás na totalidade da produção. Os estudos que abordam a assistência às pessoas que vivem com HIV/AIDS buscam a compreensão do contexto psicossocial dessa população, além dos aspectos clínicos relacionados ao acompanhamento de saúde.

**CONCLUSÕES**

A análise das especificidades, natureza e tendência da produção científica do HIV/AIDS na APS apontaram quanto à natureza dos estudos, a sociocultural, referindo-se as implicações da influência da cultura e os aspectos sociais na abordagem as pessoas vulneráveis a infecção ou vivendo com HIV/AIDS. Quanto à tendência evidenciou-se o aspecto preventivo da infecção seguido pela assistência, denotando o investimento no caráter de prevenção da epidemia. A ampliação de prevenção e assistência permitiu a facilidade de acesso à saúde, a garantia de acesso aos insumos de prevenção e a eficiência na abordagem de populações específicas e de minorias. Entretanto, o desenvolvimento e influência das políticas públicas brasileiras poderá ser a expressão necessária para a parceria estabelecida entre o governo e sociedade civil, no enfrentamento da síndrome. Além de dar visibilidade aos estudos referentes às questões de políticas e de vigilância. Neste estudo, evidenciou-se a lacuna de estudos desenvolvidos quanto à assistência de saúde prestada na APS para a população de adolescentes com HIV/AIDS. Principalmente por se tratar de uma população pouco percebida nos serviços de saúde. Ressalta-se a necessidade de investigação das diversidades culturais, das condições sociais e da avaliação das ações desenvolvidas nesses serviços principalmente no que se refere a essa população. Este estudo apresenta como limitação a utilização de apenas um banco de teses e dissertações, o que não permite generalizações, assim como também o fato de que este pode não conter todas as produções do ano.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS**

1. Padoin SMM, Paula CC. Programa aids, educação e cidadania: perspectivas para a segunda década de extensão. Saúde (Santa Maria). 2012;38(1):51-62.

2. Sherlock MSM, Cardoso MVLML, Lopes MMCO, Lélis ALPA, Oliveira NR. Imunização em criança exposta ou infectada pelo HIV em um serviço de imunobiológicos especiais. Esc Anna Nery Rev Enferm, Rio de Janeiro, 2011;15(3):573-80.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. QUALIAIDS - Avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 100 p.
4. Shimizu HR, Pamela X, Sanchez MN. Representações sociais do SUS: um sistema permeado pela dificuldade de acesso à atenção integral. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, Brasília, 2012;6(3):295-306.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool–Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.80 p.

6. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Serv Res. 2006;6(156):1-7.

7. Rother ET. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. Acta Paulista Enferm. 2007;20(2):vi.

8. Paula CC, Cabral IE, Souza IEO, Brum CN, Silva CB, Padoin SMM. HIV/AIDS in childhood and adolescence. Trends in Brazilian scientific production. Invest Educ Enferm. 2013;31(2):277-86.

9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

10. Rodrigues RCV, Peres HHC. Panorama brasileiro do ensino de Enfermagem On-line. Rev. Esc. Enferm. USP. 2008; 42(2).

11. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública. 2005; 39(3):507-14.

12. Oliveira DC, Costa TL, Gomes AMT, Acioli S, Formozo GA, Heringer A, et al. Análise da produção de conhecimento sobre o HIV/AIDS em resumos de artigos em periódicos brasileiros de enfermagem, no período de 1980 a 2005. Texto & contexto enferm. 2006;15(4):654-662.

13. Acioli S, Heringer A, Oliveira DC. Produção científica sobre a prática do enfermeiro frente à aids na atenção básica de saúde. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 jul/set; 15(3):400-5.

14. Heringer A. Sentidos e práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS no programa de saúde da família. [Dissertação] Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Enfermagem - 01/12/2007.
15. Valois BRG. Representações sociais da AIDS por enfermeiras das redes básica e hospitalar. [Dissertação] Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Enfermagem - 01/02/2012.

16. Caetano JA. A prática do auto-exame ocular pelos indivíduos portadores de HIV/AIDS [Tese] Universidade Federal do Ceará - Enfermagem - 01/07/2003.

17. Melo TS. Assistência de enfermagem fundamentada no modelo de Nancy Roper - estudo de casos de clientes infectados pelo HIV. [Dissertação] Universidade Federal do Rio de Janeiro - Enfermagem - 01/10/1991.

18. Silva HR. Conhecimento de homens idosos sobre a prevenção do HIV/Aids. [Dissertação] Fundação Universidade Federal do Piauí - Enfermagem - 01/03/2011.

19. Santos VC. Práticas do enfermeiro no programa de HIV/AIDS nos centros municipais de saúde no município do Rio De Janeiro [Dissertação] Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Enfermagem - 01/03/2009.

20. Pacheco MCRBFP. Atuação do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família - um estudo aplicado à prática profissional no município de Macaé [Dissertação] Universidade Federal do Rio de Janeiro - Enfermagem - 01/10/2012.

21. Guanilo MCLTU. Construção e validação de marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV na atenção básica à saúde [Tese] Universidade de São Paulo - Enfermagem - 01/11/2012.

22. Pierre LAS. Assistência em planejamento familiar em um programa de saúde da família no município de Ribeirão Preto - SP - [Dissertação] Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto - Enfermagem Em Saúde Pública 01/02/2009.

23. Val LF. Desafios da integralidade na atenção às DST/HIV/AIDS: a vulnerabilidade programática nas unidades básicas de saúde do município de São Paulo. [Tese] Universidade de São Paulo - Enfermagem - 01/11/2012.

24. Monteiro RFC. Atenção ao Pré-natal na Adolescência. [Dissertação] Universidade Federal de Pelotas - Enfermagem - 01/12/2011.

25. Meira MLFM. A qualidade da assistência à gestante na testagem para o HIV no CTA: uma contribuição da enfermagem [Dissertação] Universidade Federal do Rio de Janeiro - Enfermagem - 01/07/2007.
26. Teixeira MA. Soropositividade de mulheres para os vírus HIV e HTLV: significados do contágio do leite materno [Tese] Universidade Federal da Bahia - Enfermagem - 01/11/2009

27. Maliska ICA. A implantação das políticas públicas de saúde em AIDS no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010 [Tese] Universidade Federal de Santa Catarina - Enfermagem - 01/04/2012.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A DOR DO IDOSO ONCOLÓGICO: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA[1]

# PAIN OF ONCOLOGIC ELDERLY: A REVIEW OF NARRATIVE LITERATURE

# DOLOR DE ONCOLÓGICOS ANCIANOS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA NARRATIVA

PERRANDO, Miriam da Silveira;[2]
BEUTER, Margrid;[3]
BOTH, Juliane Elis[4]
ROSO, Camila Castro[5]
CARDOSO, Andreza Lima[6]

1 Revisão Narrativa da disciplina de Prática Baseada em evidências e sua aplicabilidade para a enfermagem.

2 Mestranda do Programa de Pós- graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf/UFSM). Membro do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Autora-relatora do trabalho. E-mail de contato: miriamsilveira2004@gmail.com
3 Doutora em Enfermagem. Orientadora do Estudo. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf – Curso de Mestrado da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
4 Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, PPGEnf- UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
5 Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Especialista em Terapia Intensiva (UNIFRA). Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
6 Graduanda do 6o semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do grupo de Pesquisa Gestão e atenção em Saúde Coletiva. Bolsista do Serviço do Ambulatório de Hemato-oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

**RESUMO:** Tendo em vista o aumento da população idosa e da incidência de câncer percebe-se como é de grande relevância traçar estudos que instiguem a dor oncológica em idosos. Por isso este estudo tem por objetivo *conhecer e descrever as produções científicas acerca da dor em idosos oncológicos.* Caracteriza-se como uma revisão de literatura do tipo narrativa realizada na LILACS e na PUBMED. Dentre os resultados pode-se perceber que a vivência da dor caracteriza-se como um evento complexo e multifatorial, que representa para o idoso um momento de grande sofrimento e fragilidade, bem como para a família. Assim, considera-se a importância da reflexão dos aspectos relacionados à dor do idoso oncológico para um cuidado de enfermagem holístico que aborde as demandas do idoso e também de sua família.

**Descritores:** Dor; Idoso; Enfermagem.

**ABSTRACT:** with the increase of the elderly population and the cancer incidence, it is realized how is extremely important provide studies that incite the oncologic pain in elders. That's why this study aims to know and describe the scientific productions about the pain in oncologic old people. It characterizes as a literature review like a narrative, conducted in LILACS and PUBMED. Among the results, it can be realized that the experience with pain characterizes a complex and multifactorial event, which represents to elder and his family a moment of suffering and fragility. In this way, it is considered the importance to the reflection about the aspects related to the pain of the oncologic elder to a holistic nursing care which approach the elder's demands and either of his family.

**Keywords:** Pain; Aged; Nursing.

**RESUMEN:** con el aumento de la población anciana e de la incidencia de cáncer, se percibe como es importante proporcionar estudios que instiguen el dolor oncológico en ancianos. Por eso, este estudio tiene por objetivo conocer y describir las producciones científicas acerca del dolor en ancianos oncológicos. Se caracteriza como una revisión de literatura como narrativa realizada en LILACS y PUBMED. Entre dos resultados, se puede percibir que la vivencia del dolor se caracteriza como un evento complexo y multifactorial, que representa para el anciano y su familia un momento de grande sufrimiento y fragilidad. Así, se considera la importancia de la reflexión de los aspectos relacionados del dolor del anciano oncológico para un cuidado de enfermería holístico que aborde las demandas del anciano y también de su familia.

**Palabras clave:** Dolor; Ancianos; Enfermería

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade de dimensões mundiais, sendo que o avanço científico e tecnológico repercute na queda dos índices de mortalidade e no aumento na expectativa de vida, o que acarreta em um número cada vez maior de pessoas que atingem e ultrapassam os 60 anos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), hoje existem estimadamente 20 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais de idade, representando 10% da população brasileira. Em estimativa realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) espera-se um aumento de quinze vezes na população com 60 anos ou mais até 2025, no Brasil isso representa que neste período haverá 32 milhões de idosos[1]. O contexto das doenças e agravos à saúde também sofre alterações com o envelhecimento populacional, sendo caracterizado por enfermidades crônicas e múltiplas, de longa duração exigindo um tratamento e cuidado prolongado, complexo e muitas vezes oneroso[2]. Nesse aspecto, dentre as patologias crônicas, a vivência do câncer no envelhecimento implica em refletir acerca das estratégias de cuidado e novas

práticas, buscando uma melhor assistência nesta fase da vida[3]. O indivíduo que vivencia a possibilidade de diagnosticar a patologia oncológica experimenta diversos sentimentos devastadores e também a repercussão em suas atividades laborais, familiares e sociais. Neste sentido, o câncer é uma doença que não afeta só a singularidade do indivíduo, mas influencia em suas interações, sobretudo em seu contexto familiar, visto que, o cenário familiar vivencia juntamente o câncer do idoso. A contextualização do câncer no espaço familiar confere o enfrentamento de uma realidade desafiadora permeada pelas angústias, sofrimento, dor e pela terminalidade. A família constitui o primeiro sistema de relacionamento e aprendizagem, influencia e é influenciada pelo contexto social, histórico e cultural[4] .Sabe-se que a vivência da dor juntamente com o câncer é uma realidade para a maioria dos pacientes oncológicos. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer [5], a prevalência da dor aumenta com a progressão da doença chegando a 30% em pacientes em tratamento, sendo caracterizada de moderada a intensa. De modo que, torna-se um desafio para a enfermagem e a família um cuidado adequado à dor. Assim, entende-se que a dor deve ser compreendida na singularidade de cada indivíduo, mas também na pluralidade de seus fatores rompendo o limite dos conceitos fisiológicos, sendo percebida como processo psicológico, físico, social e espiritual. Nesse aspecto, vislumbra-se a importância do conhecimento das produções científicas com abordagem na dor vivenciada pelos idosos oncológicos, uma vez que, constata-se na prática assistencial a dificuldade em assistir o indivíduo com câncer em suas singularidades e na complexidade da dimensão da dor oncológica. Ressalta-se a relevância para a enfermagem a investigação sobre os inúmeros aspectos que relacionam-se a dor dentre eles: sua avaliação, seu tratamento, sua dimensão física, psicológica, social e espiritual de modo a contribuir para a construção de um cuidado holístico. Diante desses fatos, apresenta-se como questão de pesquisa para o estudo: *o que tem sido produzido cientificamente acerca da dor em idosos oncológicos?* e define-se como objetivo *conhecer e descrever as produções científicas acerca da dor em idosos oncológicos.*

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão narrativa. Os artigos de revisão se utilizam de informações bibliográficas ou eletrônicas para fomentar um objetivo, configuram-se também em uma classe de artigo científico. Nesse aspecto, a revisão narrativa caracteriza-se por uma abordagem mais ampla do tema, fornece assim um panorama generalizado e sua questão de partida tem característica mais aberta. Assim seu delineamento apresenta-se adequado para descrever e discutir determinado contexto6. A busca bibliográfica ocorreu no mês de maio de 2013, na qual foram utilizadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed). Na base de dados da LILACS para busca foi utilizado os descritores de assunto “neoplasia” e “dor” e os limites “humanos”, ou “humanos feminino, idoso”, ou “humanos feminino, meia idade”, ou “humanos masculino, idoso”, ou “humanos

masculino, meia idade", ou "humanos, idoso", ou "humanos, meia idade", ou "idoso", ou "idoso de 80 anos ou mais" totalizando 25 estudos para a leitura na íntegra. Na base de dados da PubMed foram utilizados os "mesh terms" (descritor de assunto) "neoplasms" e "pain" e como filtros a idade, o recorte temporal, a espécie humana, o tipo de artigo, o idioma (inglês, espanhol ou português), o resumo e o artigo completo online. Assim, restaram 713 produções essas foram refinadas com a palavra "aged" no título ou resumo restando 30 produções. A utilização do limite de idade se fez necessária devido à diferenciação existente para o termo idoso definido pelo Ministério da Saúde e a utilizada pelo Descritores em ciências da Saúde (Decs), o qual conceitua o idoso como individuo com 65 anos a 79 anos. Para a inclusão das produções foi considerado critério determinante: ser artigo científico disponível na íntegra online, atender ao idioma, inglês, português ou espanhol, produzidos no período de 2006 a 2012. O recorte temporal tem como marco histórico a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aprova no ano de 20067. E os critérios de exclusão: ser tese, dissertação ou monografia. Após a leitura dos títulos e resumos das produções capturadas nas bases obteve-se uma seleção de oito estudos conforme anexo 1.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Quanto ao período de publicação, o ano de 2006 teve dois estudos publicados e nos demais anos, teve-se uma publicação por ano. Quanto aos objetivos delineados pelas produções a avaliação da dor esteve presente em quatro produções (A1,A3,A4,A5). Um estudo buscou interpretar os sofrimentos dos idosos hospitalizados com câncer e o cuidado de si desenvolvido para amenizar esse sofrimento (A2). Um estudo almejou determinar a relação entre o uso de medicação para a dor, as consultas e serviços de internação ao melhor controle da dor (A6). Um estudo buscou estabelecer uma comparação entre a incidência/prevalência da dor, depressão e fadiga de pacientes com câncer e aqueles sem a patologia (A7). E um estudo visou investigar os fatores que influenciam a decisão de aceitar ou não o uso da morfina em pacientes com câncer (A8). No que se refere a metodologia utilizada nos estudos, duas produções são de natureza qualitativa (A2,A8), sendo um deles de abordagem etnográfica (A2). Ainda, quatro produções apresentaram abordagem quantitativa (A1,A4,A6,A7), dentre eles dois estudos de tipo transversal(A1,A7) e dois estudos de coorte(A4,A6). Um estudo caracteriza-se como um relato de experiência assistencial (A3) e um como uma revisão da prática assistencial por especialista na dor oncológica (A5). Em relação à obtenção dos dados dois estudos realizaram a coleta através de visitas no domicílio (A1,A8), sendo que um trouxe a aplicação da Escala de McGill. Em outro a coleta envolveu a observação participante e a entrevista etnográfica (A2), um estudo utilizou a técnica de encontros grupais (A3), um ainda coletou os dados através dos registros de um programa de atendimento a pacientes com câncer (A4) e outro refere ter realizado a coleta através de ligação telefônica ou contato direto (A7) e um estudo não delineou claramente o método de coleta dos dados

(A6). Pode-se observar nos estudos o predomínio do gênero masculino entre os pesquisados com câncer (A2,A4,A6,A7), destes um especificou que a realização da pesquisa foi com público de veteranos específico, justificando a maioria de homens. Sendo que, apenas um estudo apresentou realidade contrária, mostrando o predomínio de pessoas do sexo feminino representando 59% da amostra estudada e os indivíduos do sexo masculino representou 41% (A1), ainda um estudo referenciou metade dos pesquisados serem mulheres (A8). Segundo dados do INCA8 mostra-se ainda uma prevalência para o sexo feminino, sendo as estimativas para o Brasil de 257.870 novos casos de câncer para o sexo masculino e 260.640 novos casos de câncer entre as mulheres. A prevalência segundo a localização do câncer sendo relatado uma incidência maior do câncer de próstata em indivíduos masculinos e o câncer de mama para mulheres foi descrito em dois estudos(A1,A6) e um estudo apresentou em seus resultados o câncer gástrico e pulmonar como de maior incidência não fazendo distinção de gênero (A4). Dentre os estudos que abordaram a avaliação da dor oncológica considerando sua presença, prevalência e intensidade em um estudo 66% dos pesquisados apresentou dor em algum momento durante o percurso da vivência do câncer seja no diagnóstico, tratamento ou reabilitação. O estudo também avaliou a dor quanto a sua qualidade abordando a categoria sensitiva, avaliativa e emocional conforme o questionário de dor de McGill. Assim quanto aos itens sensitivos do questionário a sensação lateja, cólica e ferroa foram as mais prevalentes, na categoria avaliativa foram encontrados queima, arde, esquenta e irradia como descritores de maior incidência entre os entrevistados e ainda na qualidade emocional observou-se incômoda, cansativa, desgastante enjoada e chata como descritores de maior prevalência nos indivíduos pesquisados (A1). A queixa álgica esteve presente em 53% dos pesquisados que a relataram como severa a muito severa e ainda 20% referiu dor moderada, sendo que esta interferiu em suas atividades de um pouco a muito (A6). Percebe-se que a presença da dor no câncer pode representar devido as suas características descritas pelos pesquisados um fator limitante para as atividades de vida diária e também para a própria integração do idoso com os demais indivíduos do seu convívio. Em estudo desenvolvido em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico[9], também demonstra que a intensidade média relatada para o dor foi de 6,7 configurando-se dor moderada. Também foi evidenciado em determinado estudo que todos os participantes relataram a dor como fator de impacto para a vida, estando relacionada a perda da mobilidade ou função (A8). Nos idosos com doenças oncológicas torna-se frequente a vivência da dor sensorial e de moderada intensidade que interfere em suas atividades diárias[9]. Ainda, quando avaliada a prevalência da dor inicial a indivíduos atendidos em um programa específico para o tratamento de câncer avançado esta esteve presente em 42.5% recebendo pontuação entre 5 e 8 e em 17.5% superou o valor de 9 para sua percepção (A4). Em um Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) dentre os principais sinais e sintomas presentes no momento do ingresso ao programa, 59% apresentavam dor, sendo mais prevalente no câncer de estômago representando 70%, seguida por 53% em indivíduos com câncer de pulmão e 50% no

câncer de mama[10]. Em um estudo há um enfoque prático da avaliação da dor apontando as diversas escalas que possibilitam mensurar a queixa de dor de forma prática e de fácil compreensão para o indivíduo utilizando escala numérica, descritiva ou visual análoga (A5). Neste aspecto, um estudo aborda a avaliação da dor do paciente com câncer em cuidados paliativos sendo esta complexa, devendo ser considerada a esfera biológica relacionada aos aspectos físicos da dor, a esfera psicológica que diz respeito ao medo, angústia, insegurança e ainda a esfera social ligada ao isolamento social, afastamento do domicílio ou mudança de ambiente. Assim, compreendendo que a avaliação da dor transcende a administração de analgésicos envolve a percepção do sofrimento do outro e a demonstração de disponibilidade em "acalentar", exigindo das enfermeiras conhecimentos e habilidades específicas(A3). Muitas vezes o uso de fármacos e terapias alternativas mostra-se insuficiente ao tratamento da dor devido esta ser relacionada a um processo complexo envolvendo fatores espirituais, emocionais, cognitivos e sensoriais[9]. Este estudo também demonstrou que o processo de refletir acerca da prática possibilita um cenário para compartilhar questionamentos e ideias, movimento que envolveu diálogo e reflexão acerca da prática da avaliação da dor oncológica dos pacientes em cuidado paliativos e as lacunas ainda existentes (A3). Nesse sentido, ao utilizar metodologias problematizadoras no contexto em que se está inserido, há possibilidade para reflexão crítica e a transformação e construção de novos conhecimentos[11]. A dor juntamente com a falta de apetite e a dificuldade para a respiração foi considerada pelos idosos hospitalizados por câncer como fatores determinantes de sofrimento. Sendo que, a dimensão física do sofrimento esteve ligada principalmente pela presença da dor experenciada de forma singular e individualizada para cada idoso (A2). Neste sentido, compreende-se que a motivação encontrada por mulheres com câncer de mama para seguir adiante está alicerçada também em Deus[12]. Ainda nesse sentido, é determinante a rede de apoio formatada no enfrentamento da patologia sendo que, a religiosidade conota-se em estratégia para o alívio das angústias e a fé representa uma estratégia ainda mais grandiosa para reverter a situação[13]. A dor (A1) representou o sofrimento em vivenciar desde o início do dia uma doença debilitante quando referenciada por 40% dos participantes do estudo como experiência desde o acordar. Este dado demonstra a carga pesada que representa o câncer para quem o vivencia, mostrando-se a dor presente desde o amanhecer. Torna-se essencial para o profissional da enfermagem conhecer as atitudes e respostas do idoso com câncer diante as realidades advindas da patologia, pois estas informações possibilitam direcionar as práticas de cuidado[3]. Em um estudo houve a comparação entre um grupo de idosos assistidos por um programa específico denominado GEMU (Unidade de avaliação e gestão de geriatria) e outro grupo em cuidados habituais. Assim observou-se quanto ao uso de medicação que os sujeitos participantes do GEMU tiveram uma maior tendência na utilização de analgésicos anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), em relação ao uso de opióides não houve diferença entre ambos os grupos. Houve uma diferença significativa quanto ao quantitativo de grupos de analgésicos utilizados no GEMU e no grupo de

cuidados habituais(A6). Demonstra-se assim a potencialidade de um cuidado prestado por uma equipe qualificada e multiprofissional como gerador de conforto ao individuo com câncer. Quando analisado o aspecto de consultas e serviços utilizados pelos grupos houve destaque para um número mais elevado de consultas no grupo GEMU. De modo que, utilizaram principalmente as consultas de psicologia e psiquiatria e também uma maior utilização dos serviços de terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia (A6). Em estudo realizado em programa para assistência em cuidados paliativos a idosos ressaltou-se a importância da equipe multidisciplinar para cuidados diretos composta por médica, enfermeira, assistente social e ainda técnicas de enfermagem e motoristas. Esta equipe contava com suporte de nutricionista, psicóloga e capelão[10]. Ainda os autores relatam a sistematização do serviço e a importância de sua implementação e também aspectos práticos organizacionais, relatando o envolvimento e compromisso dos profissionais e acadêmicos na conduta terapêutica dos pacientes. Também ocorrem atividades voltadas aos familiares, cuidadores e usuários enlutados que participam de grupo com a enfermeira, assistente social e psicológa. Estudo de caráter comparativo demonstrou que a prevalência de sintomas como dor, depressão e fadiga é maior em indivíduos com histórico de câncer do que entre aqueles sem a patologia, sendo a incidência da dor em 33% dos pacientes oncológicos e 29% nos indivíduos sem histórico de câncer. Sendo que a fadiga foi o sintoma onde a diferença entre os grupos foi mais acentuada, 25% nos indivíduos com histórico de câncer e 18% para aqueles sem o histórico da doença(A7). Compreende-se assim, a fragilidade e vulnerabilidade que envolvem o câncer, pela presença debilitante da dor, fadiga e depressão podendo estar relacionada a patologia ou a seu tratamento prolongado e desgastante. A fadiga foi relatada por 49,4% dos sujeitos com câncer colo-retal. Ainda nesse aspecto, a fadiga e a depressão em comorbidade tem um efeito deletério aumentado, gerando incapacidades e sofrimentos vivenciados pelo paciente e estendidos a família[14]. Demonstra-se assim, que o itinerário terapêutico do idoso com câncer é cercado de incerteza, dor, espera e tristeza, no entanto a esperança, a família e Deus é a garantia de superação, os amparos necessários3. O indivíduo com diagnóstico de câncer parece encontrar-se sem saída e frente a fatalidade experienciada busca uma resposta para a provação[15]. Ainda o estudo apontou a religião como fonte de apoio diante as adversidades experienciadas com o câncer. Infere-se a importância da religiosidade em todos os aspectos da vida predominando ainda mais durante as enfermidades. A espiritualidade e a fé revelam melhores possibilidades no enfrentamento do câncer. Estudo produzido acerca do enfrentamento da terminalidade, aponta que tanto os indivíduos como os familiares relatam fortalecimento e consolo com orações e louvores a Deus[16]. Nesse aspecto, durante o percurso do tratamento da doença ocorre a reorganização da família para ajudar. Observa-se a associação de alguns fatores predisponentes entre eles sócio demográficos, condições médicas coexistentes e o acesso aos cuidados de saúde com o aumento do risco para desenvolvimento dos sintomas (A7). Em estudo realizado com mulheres com câncer de mama os dados sociodemográficos demonstravam índices baixos de escolaridade e baixa

renda financeira[12]. De modo que, evidenciou-se no estudo que um indivíduo com histórico de câncer, do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade e outras condições médicas coexistentes apresenta elevado risco para a ocorrência dos sintomas (A7). Estudo(A8) demonstrou que a utilização de analgésico opióide por pacientes de um centro de oncologia está relacionada a proximidade da morte. Os aspectos associados à vivência do câncer ainda relaciona-se para o idoso a tragédia como a morte e o sofrimento, estes fatores desconhecidos geram medo[3]. Influencia na aceitação de utilizar ou não a morfina para o manejo da dor. Nesse aspecto, a maioria dos participantes associou a presença da dor descontrolada a morte antecipada e o uso de analgésico opióide como "último recurso", estando este relacionado à piora clínica. Ainda alguns sujeitos relataram a preocupação com o vício na medicação, mesmo sem conseguir detalhar o significado desse aspecto e ainda quando questionados quanto aos motivos para a construção dessas opiniões relataram as experiências prévias com familiares, amigos ou histórias relatadas por outras pessoas. Entre os aspectos citados pelos participantes como determinantes para a utilização de opióides no controle da dor elenca-se a confiança no profissional quando este presta informações detalhadas sobre o início da medicação em baixa dosagem e a possibilidade de interrupção frente a efeitos adversos(A8). Nesse sentido, os analgésicos opióides foram utilizados por 78% dos sujeitos participantes da pesquisa, estes tinham apoio da equipe de assistência direta e de suporte matricial para as orientações e cuidados no domicílio[10]. Ainda citaram a gravidade da dor como determinante na aceitação do uso de opióides, prolongando a vivência da experiência dolorosa até a não resistência. E também o sofrimento que a experiência da sua dor causava aos familiares, relatando que a família mostrava-se ansiosa em presenciar a dor(A8). O conhecimento do itinerário terapêutico do idoso com câncer possibilita as profissionais enfermeiras uma melhor percepção dos aspectos relacionados a experiência do câncer[3]. Assim, percebe-se ainda a presença de muitos mitos que envolvem a utilização de medicamentos opióides no tratamento da dor oncológica e que muitos destes tornam-se amenizados quando há a orientação adequada de seu uso, mostrando a importância de se conhecer as falas dos indivíduos com câncer para melhor direcionar as ações de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo abordou uma revisão bibliográfica narrativa das produções científicas acerca da dor do idoso oncológico revelando a complexidade que envolve o viver do idoso com câncer e que se estende a sua família. Os estudos trouxeram aspectos importantes que permeiam a experiência da dor do câncer no idoso dentre os quais a sua avaliação, indicando a severidade da vivência álgica diária relacionada a patologia, também pontuando as características relacionadas a algia, a significação da dor como sofrimento durante a experiência do câncer. Ainda os estudos pontuaram a importância para os profissionais em realizar uma avaliação da dor adequada ou implementarem programas específicos de gerenciamento das queixas álgicas nos idosos. Esses serviços devem também

dispor de uma equipe multiprofissional para um atendimento integralizado do idoso. Outra direção apontada pelos estudos denota a importância da educação em saúde nas orientações para o manejo adequado da dor do idoso com câncer, revelando ainda os preconceitos e julgamentos existentes quanto ao uso de determinados analgésicos, acarretando assim em um controle insuficiente da dor. Assim a realização da revisão possibilitou aprofundar-se nas questões que permeiam o cotidiano do idoso com câncer e a complexidade desta patologia, possibilitou ainda refletir acerca de uma assistência adequada ao idoso e família que comtemple também aspectos como autocuidado, autonomia e religiosidade que interligam-se no enfrentamento da dor oncológica. Ressalta-se a importância do conhecimento acerca dos estudos que envolvem o idoso oncológico possibilitando um delineamento que venha a contribuir nas reflexões dos conhecimentos construídos, para a tomada de decisão em enfermagem buscando um cuidado adequado a dor do idoso oncológico.

**ÁREA TEMÁTICA: PROCESSOS DE CUIDADO**

**REFERÊNCIAS**

1.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília , 2010.

2.VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública** 2009, v. 43, n. 3, p. 584-54.

3.VISENTIN, A., LENARDT, M.H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer**. Acta Paul Enferm** 2010; v. 23, n. 4, p. 486-92.

4.ELSEN, I. Cuidado familial: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. **O viver em família e sua interface coma saúde e a doença.** Maringá: Eduem, cap.1, p.19-28, 2004.

5.BRASIL, Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer: Cuidados Paliativos oncológicos: controle da dor**- Rio de Janeiro: INCA, 2001.

6.ROTHER, E.T. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. **Acta Paul Enferm** 2007; v. 20, n. 2. Editorial.

7.BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria no 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, 20 out. 2006.

8.INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de Câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância**.- Rio de Janeiro: INCA, 2011.118p.

9.COSTA, A.I.S.,CHAVES, M.D. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. **Rev. Dor**. São Paulo, 2012, jan. mar., v. 13, n. 1, p. 45-9.

10. FRIPP, J.C., FACCHINI, L.A., SILVA, S.M. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 69-78, jan-mar 2012.

11. FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

12. RAMOS, W.S.R., SOUSA,F.S.de, SANTOS, T.R., JÚNIOR, W.R. da S., FRANÇA, I.S.X. de, FIGUEIREDO, G.C.A.L. de. Sentimentos vivenciados por mulheres acometidas por câncer de mama. **J Health Sci Inst**. 2012; v. 30, n. 3, p. 241-8.

13. STUMM, E.M.F., SCHERER, J.A., KIRCHNER, R.M., BERLEZI, E., FRANZ, L.B.B. Vivências de idosos submetidos à prostatectomia por câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Textos e Contextos (Porto Alegre)**, v. 9, n. 1, p. 89-102, jan/jun. 2010.

14. SANTOS, J., MOTA, D.D.C.F., PIMENTA, C.A.M. Co-morbidade fadiga e depressão em pacientes com câncer colo-retal. Rev. Esc. Enferm. USP, 2009, v. 43, n.4,p.909-14.

15. TAROUCO, R. de L., MUNIZ, R.M., GUIMARAES, S.R.L., ARRIEIRA, I.C., CAMPOS, N., BURILLE, A. Aespiritualidade e o viver com câncer no processo de morrer. **Rev. Enferm. UFPE on line**. 2009 oct/dec; v. 3, n.4, p. 1021-6.

16. CAPELLO, E.M.C.deS., VELOSA,M.V.M., SALOTTI, S.R.A., GUIMARÃES, H.C.Q.C.P. Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida. **J Health Sci Inst.** 2012, v. 30, n. 3, p. 235-40.

**Anexo**

Anexo 1: Estudos selecionados para a revisão narrativa. Santa Maria. 2013.

| Código | Título | Ano |
|---|---|---|
| A1 | Avaliação da dor em pacientes oncológicos. | 2011 |
| A2 | Os sofrimentos e o cuidado de si dos idosos hospitalizados: estudo etnográfico. | 2009 |
| A3 | Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. | 2010 |
| A4 | Descriptión Del dolor em pacientes com câncer avanzado atendidos em los hospitales Carlos Van Buren Y Eduardo Pereira, 2003-2004. | 2007 |
| A5 | Dolor por câncer: um enfoque práctico (reaprendiendo el uso de la morfina). | 2006 |
| A6 | Role of pain medications, consultants, and other services in improved pain control of elderly adults with cancer in geriatric evaluation and management units. | 2012 |
| A7 | Pain, depression, and fatigue in community-dwelling adults with and without a history of cancer. | 2006 |
| A8 | Opioid analgesics for cancer pain: symptom control the living or comfort for the dying? A qualitative study to investigate the factors influencing the decision to accept morphine for pain caused by cancer. | 2008 |

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA

# NURSING CARE IN LABOR AND PARTURITION: A REVIEW NARRATIVE

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO DE PARTO E PARTO: UNA REVISIÓN NARRATIVA

SCARTON, Juliane[1]
PRATES, Lisie Alende[2]
BARRETO, Camila Nunes[3]
ALVES, Camila Neumaier[4]
WILHELM, Laís Antunes[5]
CASTIGLIONI , Críslen Malavolta[6]
JUNGES Carolina Frescura[7]
RESSEL, Lúcia Beatriz[8]

1Enfermeira Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM. E-mail: juliscarton10@hotmail.com
2Enfermeira Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.
3Enfermeira Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.
4Enfermeira Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.
5Enfermeira Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.
6Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo e Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.
7Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC.
8Orientadora, professora, doutora, Enfermeira do DENFE/PPGENF/UFSM, líder do grupo de pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem na Linha de pesquisa: Saberes e Práticas no cuidado à saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida.

**RESUMO:** O profissional de saúde atua como facilitador para o desenvolvimento do trabalho de parto e parto[1].Objetiva-se identificar e descrever os estudos disponíveis na literatura sobre a assistência de enfermagem no trabalho de parto e parto. Realizou-se uma Revisão Narrativa da Literatura, utilizando como questão: Como é a assistência de enfermagem realizada no trabalho de parto e parto? Efetivou-se uma busca das publicações

científicas brasileiras, indexadas nas bases de dados Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS)*, Banco de Dados de Enfermagem (*BDENF*) e na Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (MEDLINE), utilizando-se os delimitadores: "Assistência de enfermagem" and "Parto". Resultando em 168 publicações, considerando os critérios de inclusão, restaram nove artigos para discussão. Os cuidados estão baseados em técnicas e rotinas institucionais. No entanto, essas rotinas institucionais aos poucos estão sendo substituídas por métodos não farmacológicos e não invasivos que visam um parto natural e fisiológico.

**DESCRITORES:** Assistência de Enfermagem; Parto; Enfermagem.

**ABSTRACT:** The health professional acts as a facilitator for the development of labor and birth [1]. Objective is to identify and describe the available studies on nursing care in labor and delivery. We conducted a narrative review of the literature, using as a question: How is nursing care performed in labor and delivery? Was accomplished a search of scientific publications indexed in the databases of the Latin American Caribbean Health Sciences (LILACS), Database of Nursing (BDENF) and Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem Online (MEDLINE) , using the delimiters: nursing care" and "Birth". Resulting in 168 publications, considering the inclusion criteria, nine remaining items for discussion. Care are based on technical and institutional routines. However, these institutional routines are slowly being replaced by non-pharmacological methods and noninvasive aimed a natural birth and physiological.

**DESCRIPTORS**: Nursing Care; Parturition; Nursing.

**RESUMEN:** Los actos profesionales de la salud como un facilitador para el desarrollo del trabajo de parto y el nacimiento [1]. Objetivo es identificar y describir los estudios disponibles sobre los cuidados de enfermería en el parto. Se realizó una revisión narrativa de la literatura, utilizando como una pregunta: ¿Cómo se lleva a cabo la atención de enfermería en el parto? Se llevó a cabo una búsqueda de publicaciones científicas indexadas en las bases de datos del Caribe Ciencias de la Salud de América Latina (LILACS), Base de Datos de Enfermería (BDENF) y análisis de la literatura médica y recuperación Sistem Online (MEDLINE) , utilizando los delimitadores: "el cuidado de enfermería" y "nacimiento". Resultando en 168 publicaciones, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, nueve artículos restantes para la discusión. Cuidado se basan en rutinas técnicas e institucionales. Sin embargo, estas rutinas institucionales lentamente están siendo reemplazados por los métodos no farmacológicos y no invasivos dirigidos un parto natural y fisiológico.

**DESCRIPTORES:** Cuidados de Enfermería; Parto; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O trabalho de parto e parto deve ser abordado com ética profissional nas diferentes formas de atenção à saúde. O respeito à intimidade, à privacidade, à relação profissional de saúde/parturiente/família devem ser obedecidos nesse contexto[1]. O preparo da gestante para o parto engloba um conjunto de cuidados que têm como objetivo oferecer a parturiente possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sem o uso de intervenções desnecessárias. O profissional de saúde atua como facilitador para o desenvolvimento desta atenção, prestando orientações bem como aconselhamentos específicos que preparam a mulher e seu acompanhante para o parto[1]. Nesse sentido, com a inserção da saúde da mulher nas Políticas Publicas de Saúde o atendimento a essa classe torna-se mais viável na busca pelo cuidado humanizado, visto que nas primeiras décadas do século XX a assistência era voltada especificamente ao ciclo gravídico-puerperal. No ano de 1983, o Ministério da Saúde criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), [2] que abrangia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres[3]. No ano de 2000 foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído no ano de 2002, sendo voltado para humanização na assistência, respeito aos direitos sexuais, reprodutivos e a percepção da mulher como sujeito. O principal objetivo desse programa é reduzir os índices de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso das mulheres ao pré-natal e promover o vínculo entre a assistência básica e o momento do parto[4]. Dessa forma, o profissional de saúde tem o dever de apoiar e também assistir o momento do parto, que normalmente é de grande importância na vida da mulher e de seus familiares. Não se podem negligenciar os direitos das usuárias aos serviços de saúde e nem uma assistência digna, que possa viabilizar o atendimento humanizado e eficiente nas ações de saúde, de acordo com as necessidades da clientela assistida[5]. Nessa linha de pensamento, justifica-se este estudo, pois as informações que as mulheres recebem sobre o trabalho de parto e parto ao longo de suas vidas e a forma que essas experienciam e vivenciam esse momento, poderão afetar diretamente suas percepções e crenças a respeito desses eventos. Nesse sentido, este estudo tem por objetivo identificar e descrever os estudos disponíveis na literatura sobre a assistência de enfermagem no trabalho de parto e parto.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Narrativa da Literatura. Este método é usado na busca por publicações amplas, adequadas para descrever e discutir um determinado tema, sob o ponto de vista teórico ou contextual[6]. Para guiar o estudo, formulou-se a seguinte questão: como é a assistência de enfermagem realizada no trabalho de parto e parto? A seleção dos artigos ocorreu no dia 15 de junho de 2013, por meio de busca das publicações científicas brasileiras, indexadas nas bases de dados Literatura Latino Americana do Caribe em

Ciências da Saúde (*LILACS)*, Banco de Dados de Enfermagem (*BDENF*) e na Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (*MEDLINE*). Para a coleta de dados utilizaram-se os delimitadores: "Assistência de enfermagem" and "Parto", sendo o primeiro termo usado como "descritor de assunto" e o segundo como "palavras". A busca resultou em 168 publicações em ambas as bases de dados. Para seleção dos estudos elencou-se como critérios de inclusão artigos que respondessem a pergunta do estudo, apresentados com resumos completos, disponíveis online, na integra, de forma gratuita, nos idiomas inglês, espanhol ou português, publicados entre os anos de 2000 à 2012. Optou-se pelo ano de 2000 por ser o marco de criação do PHPN. Restaram, dessa forma, nove publicações a serem discutidas, por meio da análise temática de Minayo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Quanto ao ano de publicação, 3 foram publicados no ano de 2010, 2 no ano de 2011 e 1 em cada um dos anos de 2004, 2005, 2006 e 2008. Quanto à abordagem metodológica utilizada nos estudos 6 são qualitativos, 1 quanti-qualitativo, 1 quantitativo e 1 não discrimina a abordagem metodológica. Em relação ao local de coleta dos dados 5 foram realizados em maternidades, 1 em um hospital escola, 1 não cita o local de coleta e 2 em instituições públicas. Quanto aos sujeitos dos estudos 4 são puérperas, em 1 são enfermeiras, em 1 são profissionais de enfermagem de ensino e de serviço de enfermagem, em 1 são parturientes primigestas e multigestas e em 2 foi realizada análise documental em livros de registros de partos. Quanto ao método de coleta 4 estudos utilizaram entrevista semiestruturada, 2 entrevista, 1 através de Cenas de Produção Estética por meios de oficinas de criação, com utilização de imagens visuais e cognitivas (foto, modelagem e as falas) e 2 utilizaram técnica de análise documental. O estudo permitiu a identificação de duas categorias empíricas, das quais, será apresentada a categoria intitulada **"Os cuidados de enfermagem realizados no trabalho de parto e parto"**. A assistência dos profissionais de enfermagem no parto deve ir além de procedimentos técnicos rotineiros. O parto é um ato fisiológico e natural, mas em nosso meio é visto como um processo patológico, assistido de forma medicalizada com procedimentos, por vezes, desnecessários, que podem ser substituídos por cuidados apropriados e não invasivos. Os métodos não farmacológicos para alívio da dor são utilizados durante o trabalho de parto, como tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento das práticas de enfermagem. Esses métodos baseiam-se em conhecimentos estruturados, mas que não necessitam de equipamentos sofisticados para sua utilização, podendo ser aplicados, até mesmo, pelo acompanhante de escolha da mulher[7]. A assistência prestada pelo enfermeiro à mulher no trabalho de parto e parto é de fundamental importância. O bem estar da paciente aliada a diminuição de procedimentos invasivos e o uso de drogas durante o parto, devem ser substituídos por métodos não farmacológicos para aliviar a dor e facilitar o trabalho de parto, tais como banho de chuveiro, ou de imersão, deambulação, massagens, exercícios respiratórios, uso de bola, cavalinho, musicoterapia, entre outros[8,9,10]. Os métodos não

invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem, técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto e parto são práticas úteis e que devem ser estimuladas.[11] Para que esses métodos sejam utilizados nas maternidades necessita-se em especial o interesse da enfermagem que deve perceber sua importância e aplicar em seu cotidiano.[12] Resultados de estudos apontam em relatos de mulheres em trabalho de parto, que essas foram orientadas quanto alguns métodos não farmacológicos para o alívio da dor no pré-natal. No entanto, resultados apontaram que parte das mulheres desconhecia o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, faltaram orientações de como proceder nesse momento. Em alguns casos foram orientadas, mas não houve auxílio por parte da equipe na realização desses e em uma parcela mais restrita não houve uso de métodos para auxiliar a dilatação, descida ou no alívio da dor.[9,10] Percebe-se que a forma de intervenção mais utilizada durante a progressão do trabalho de parto e parto foi o uso de ocitocina.[13,8,10] A Organização Mundial de Saúde (OMS) não recomenda infusão rotineira de ocitocina. O uso é desnecessário e pode ser prejudicial.[14] Esse método pode ser substituído por métodos não farmacológicos como o uso de bola, banquinho e a caminhada que propiciam a dilatação do colo e a progressão do parto. Percebe-se a medicalização rotineira no parto em algumas instituições. Sabe-se que a prescrição de ocitócitos no parto provém do médico, mas cabe à enfermagem o papel fundamental de discutir a real necessidade do uso desse método e seus principais riscos. Considera-se nesse momento a atuação da enfermagem para a desmedicalização no parto e o resgate da autonomia feminina nesse processo, onde o uso de técnicas não invasivas e o uso de métodos não farmacológicos para a progressão do parto fazem a diferença nessa categoria profissional que contribui de forma significativa para a diminuição do número de intervenções invasivas.[15] Outro ponto levado em conta nos cuidados prestados a parturiente foi que a maioria dos partos foram realizados com a parturiente em posição vertical com 78,3% seguido do parto em posição supina 11,2%, decúbito lateral 7,4%, cócoras 2,1% e em 1,0% não foi encontrado registros. A posição vertical possibilita menos dor, diminui o tempo do trabalho de parto e do parto, melhora a contratilidade uterina, oferece mais conforto às parturientes e assegura as trocas materno-feto-placentários durante mais tempo, diminuindo o risco de sofrimento fetal.[8, 10] Tratando-se da autonomia da mulher nesse processo é necessário compreender e proporcionar posições variadas no parto, a qual é uma tecnologia não invasiva de assistência de enfermagem, onde a posição vai depender do desejo e das necessidades da mulher e do conhecimento dos profissionais.[15] Outros cuidados realizados no pré-parto, onde são indevidos e invasivos, mas necessários tratam-se de exames de toque vaginal, tricotomia e enteroclisma.[16] O exame de toque vaginal é necessário para avaliar a integralidade das membranas, dilatação do colo, apagamento e decida do feto.[14] Devem ser usados quando indicado e possível, mas o excesso de exames de toque repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços são realizados de forma inadequada e desnecessária.[14] A tricotomia visa a redução na incidência de infecções e a facilitação da episiorrafia e uma melhor higiene no pós-parto, mas não existem evidências científicas

claras sobre esses benefícios e sua utilização poderá gerar desconfortos e riscos para a parturiente. Por essas razões e considerando o custo adicional para sua realização, recomenda-se que a tricotomia só seja feita se esta for a opção da parturiente.[1] O uso rotineiro de tricotomia são práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.[14] Quanto ao uso de enteroclisma rotineiro no início do trabalho de parto que visa menor risco de infecção local, maior facilidade para a descida da apresentação e influência positiva sobre a contratilidade uterina, a OMS afirma que seu uso rotineiro é uma prática claramente prejudicial e ineficaz.[14] A decisão de realizar ou não o enteroclisma deve, valorizar principalmente a opinião da parturiente.[1] O enfermeiro por desempenhar um papel fundamental dentro da equipe multiprofissional, torna-se um agente facilitador na implementação das recomendações de humanização do parto e nascimento, dispensando assim, as práticas intervencionistas e desnecessárias de medicalização do parto e nascimento.[17] Percebe-se que os cuidados realizados no trabalho de parto e parto devem perpassar as rotinas institucionais, e a realização de procedimentos técnicos, rotineiros.

## CONCLUSÃO

Após a realização da busca sobre o que se tem produzido na literatura sobre a assistência de enfermagem no trabalho de parto e parto e, se tratando da categoria descrita acima, observou-se que os cuidados realizados no trabalho de parto e parto evidenciaram uma assistência na qual são usados métodos não farmacológicos para alívio da dor que visam a diminuição de procedimentos invasivos e o uso de drogas durante o parto. No entanto, em alguns estudos esses métodos encontram barreiras na sua utilização, seja por falta de orientações, auxilio na realização, ou até mesmo descaso no seu emprego. O uso rotineiro de ocitócitos foi um ponto relevante encontrado nos estudos o que denota a resistência ao uso de outros métodos que possam substituir o seu uso. A posição vertical da parturiente no parto foi a mais utilizada. Outros cuidados realizados no pré-parto, tratam-se de exames de toque, tricotomia, lavagem intestinal, que são procedimentos na maioria das vezes necessários, mas que podem ser usados com cautela e apenas quando necessário, sem exposição da parturiente. Conclui-se que os cuidados realizados pela equipe de enfermagem no trabalho de parto e parto estão baseados em técnicas e rotinas institucionais muitas vezes invasivas e desnecessárias. No entanto em alguns estudos percebe-se que essas rotinas institucionais aos poucos estão sendo substituídas por métodos não farmacológicos e não invasivos que visam um parto natural e fisiológico.

**ÁREA TEMÁTICA**: Processos de Cuidado

## REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério da Saúde. Parto Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada a Mulher. Brasília - DF, 2001.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília - DF, 2004.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília - DF, 1984.
4 Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília - DF, 2002.

5 Merighi MAB, Carvalho GM, Suletroni VP. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio de saúde na perspectiva da fenomenologia social. Acta Paulista de Enfermagem, v. 20, n. 4, p. 434-440, 2007.

6 Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, v. 20, n. 2, 2007.

7 Gayeski ME, Brüggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. Texto e Contexto em Enfermagem, v. 19, n. 4, p. 774-82, 2010.

8 Silva TF, Costa GAB, Pereira ALF. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. Cogitare Enfermagem, v. 16, n. 1, p. 82-7, 2011.

9 Sescato AC, Souza SRRK, Wall ML. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. Cogitare Enfermagem, v. 13, n. 4, p. 585-90, 2008.

10 Rocha CR, Fonseca LC. Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 2, n. 2, p. 807-816, 2010.

11 Rocha JA, Novaes PB. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. FEMINA, v. 38, n. 3, 2010.

12 Frello AT, Carraro TE, Bernardi MC. Cuidado e conforto no parto: Estudos na enfermagem Brasileira. Revista Baiana de Enfermagem, v. 25, p. 173-184, 2011.

13 Carraro TE, Knobel R, Radünz V, et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. Texto e Contexto em Enfermagem, v. 15, n. esp., p. 97-104, 2006.

14 OMS-Organização Mundial da Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde – OMS, 1996.

15 Lins SS. Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente: critérios e efeitos esperados. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ. Rio de Janeiro, 2010.

16 Figueirêdo NMA, Tyrrell MAR, Carvalho V, et al. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, n. 6, p. 905-12, 2004.

17 Silva TC. Análise das práticas prejudiciais ou ineficazes e das utilizadas de modo inadequado no trabalho de parto. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS. Porto Alegre, 2012.

# PARTO HUMANIZADO VERSUS DESTITUIÇÃO/DESUMANIZAÇÃO: UMA REVISÃO NARRATIVA

# HUMANIZED BIRTH VERSUS REMOVAL / DEHUMANIZATION: A NARRATIVE REVIEW

# NACIMIENTO HUMANIZADO FRENTE A LA ELIMINACIÓN / DESHUMANIZACIÓN: UNA REVISIÓN NARRATIVA

SCARTON, Juliane[1]
BARRETO, Camila Nunes[2]
PRATES, Lisie Alende[3]
WILHELM, Laís Antunes[4]
CREMONESE, Luiza[5]
POMPEU, Kelen[6]
ALVES,Camila Neumaier[7]
RESSEL, Lúcia Beatriz[8]

1 Enfermeira Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM. E-mail: juliscarton10@hotmail.com
[2] Enfermeira Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.
[3] Enfermeira Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.
4 Enfermeira Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.
5 Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo e Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM
6 Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo e Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM
7 Enfermeira Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.
8 Orientadora, professora, doutora, Enfermeira do DENFE/PPGENF/UFSM, líder do grupo de pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem na Linha de pesquisa: Saberes e Práticas no cuidado à saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida

**RESUMO:** A enfermagem assume papel indispensável no cuidado a parturiente, pois é a categoria profissional que mais permanece próxima a essa. Objetiva-se identificar e descrever os estudos disponíveis na literatura sobre a assistência de enfermagem no trabalho de parto e parto. Usou-se uma Revisão Narrativa da Literatura, que visa responder: Como é a assistência de enfermagem realizada no trabalho de parto e parto? Realizou-se

uma busca das publicações científicas brasileiras, indexadas nas bases de dados Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) e na Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (MEDLINE), utilizando os delimitadores: "Assistência de enfermagem" and "Parto" resultando em 168 publicações, incluindo os critérios de inclusão restaram nove artigos para discussão. Percebe-se a realização de cuidados que visam/reforçam a humanização no parto. No entanto, em alguns estudos as mulheres não são respeitadas, onde se denota a violência sobre o corpo feminino.

**DESCRITORES:** Assistência de Enfermagem; Parto; Enfermagem.

**ABSTRACT:** The nurse takes vital role in caring the mother, it is the job category that most remains close to that. It aims to identify and describe the available studies on nursing care in labor and delivery. The last one was Narrative Review of Literature, which aims to answer: How is nursing care performed in labor and delivery? We conducted a search of scientific publications indexed in the databases the Latin American Caribbean Health Sciences (LILACS), Database of Nursing (BDENF) and Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem Online (MEDLINE) using delimiters: "nursing care" and "Birth" resulting in 168 publications, including the inclusion criteria were left nine items for discussion. We can see the realization of care aimed / reinforce the humanization of childbirth. However, in some studies women are not respected, where denotes the violence on the female body.

**DESCRIPTORS**: Nursing Care; Parturition; Nursing.

**RESUMEN:** La enfermera tiene papel fundamental en el cuidado de la madre, es la categoría de trabajo que la mayoría permanece cerca de eso. Su objetivo es identificar y describir los estudios disponibles sobre los cuidados de enfermería en el parto. La última fue Narrativa revisión de la literatura, que pretende dar respuesta a: ¿Cómo se lleva a cabo la atención de enfermería en el parto? Se realizó una búsqueda de publicaciones científicas indexadas en las bases de datos del Caribe Ciencias de la Salud de América Latina (LILACS), Base de Datos de Enfermería (BDENF) y análisis de la literatura médica y recuperación Sistem Online (MEDLINE) utilizando delimitadores: "el cuidado de enfermería" y "nacimiento", resultando en 168 publicaciones, incluyendo los criterios de inclusión se quedaron nueve puntos para su examen. Podemos ver la realización de la atención dirigida / reforzar la humanización del parto. Sin embargo, en algunos estudios no se respetan las mujeres, donde denota la violencia en el cuerpo de la mujer.

**DESCRIPTORES:** Cuidados de Enfermería; Parto; Enfermería.

**INTRODUÇÃO**

A expectativa de ser mãe surge desde o momento da concepção e são motivos de alegria e contentamento para a futura mãe, assim como também, as pessoas próximas de seu convívio. No entanto, essas mães convivem com a ansiedade, incerteza, insegurança, durante o desenvolvimento da gravidez, parto e puerpério. Nesse contexto, a enfermagem é um dos profissionais indispensáveis, pois acompanha a parturiente desde sua admissão na sala de parto, escuta, orienta, auxilia e estimula a parturiente a assumir seu papel de protagonista nesse acontecimento.[1] É fundamental buscar uma assistência humanizada no nascimento, assistência esta, que vai além de buscar o parto normal a qualquer custo, mas sim resgatar a posição central da mulher no processo de parto e nascimento, respeitando a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle sobre a situação.[2] É essencial que haja individualização dos cuidados nesta área, uma vez que cada mulher vive de forma diferente a fase de trabalho de parto e parto. Os profissionais de saúde devem ajudar cada mulher a enfrentar e falar sobre os seus medos e angústias adotando estratégias que lhes permitam enfrentar esses receios e viver a sua experiência de parto de forma mais tranquila e satisfatória. O enfermeiro deve ser capaz de criar um clima propício ao estabelecimento de uma relação recíproca desde o primeiro contacto com a grávida e em todas as fases do trabalho de parto, partilhando os seus sentimentos e ajudando-a e encorajando-a a colaborar com o seu próprio corpo e com a equipe de saúde. Também o companheiro deve ser incluído, dispondo de suporte emocional e de informação sempre que necessário. O processo de nascimento é historicamente um evento natural, de caráter íntimo e privado, sendo uma experiência compartilhada entre as mulheres e seus familiares. Para o Ministério da Saúde a assistência ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto.[3] Compreende-se que os profissionais de saúde em especial de enfermagem, executem o papel de mediadores nesse processo com a redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal.4 A Política de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN), implantada no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde passa a priorizar uma assistência voltada ao respeito, direitos sexuais, reprodutivos e a visão da mulher como sujeito. O intuito primordial desse programa é facilitar e qualificar o acesso das mulheres ao serviço de saúde, melhorando o acompanhamento no pré-natal, assistência ao parto, pós-parto e ao recém- nascido.5 O Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) corroboram que a humanização no cuidado a mulher se dá em pequenas ações como no respeito a parturiente a liberdade e visão desta como sujeito/protagonista no processo parturitivo, mas que isto não se da apenas por cuidados subjetivos, mas no uso de técnicas de cuidado não invasivos e naturais como métodos não farmacológicos para alívio da dor. [3,6] Nesse intuito objetiva-se identificar e descrever os estudos disponíveis na literatura sobre a assistência de enfermagem no trabalho de parto e parto.

**METODOLOGIA**

Estudo de Revisão Narrativa da Literatura. Este é um método usado na busca por publicações amplas, adequadas para descrever e discutir um determinado tema, sob o ponto de vista teórico ou contextual.[7] Para guiar a pesquisa, formulou-se a seguinte questão: Como é a assistência de enfermagem realizada no trabalho de parto e parto? A seleção dos artigos se deu no dia 15 de junho de 2013 por meio de busca das publicações científicas brasileiras, indexadas nas bases de dados Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS)*, Banco de Dados de Enfermagem (*BDENF*) e na Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (MEDLINE). Para a coleta de dados utilizaram-se os delimitadores: "Assistência de enfermagem" and "Parto", sendo o primeiro termo usado como "descritor de assunto" e o segundo como "palavras". A busca resultou 168 publicações em ambas as bases de dados. Para seleção dos estudos elencou-se como critérios de inclusão, artigos que respondessem a pergunta do estudo, apresentados com resumos completos, disponíveis online, na integra, de forma gratuita, nos idiomas inglês, espanhol ou português, publicados entre os anos de 2000 á 2012. Optou-se pelo ano de 2000 por ser o marco de criação do PHPN do Ministério da Saúde. Para análise das publicações, obedecendo aos critérios de inclusão, restaram nove artigos a serem discutidas, por meio da análise temática de Minayo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Quanto ao ano de publicação, (3) foram publicados no ano de 2010, (2) no ano de 2011 e, (1) nos anos de 2004, 2005, 2006 e 2008. Quanto à abordagem metodológica utilizada nos estudos (6) são qualitativos, (1) quanti-qualitativo, (1) quantitativo e (1) não discrimina a abordagem metodológica. Em relação ao local de coleta dos dados (5) foram realizados em maternidades, (1) hospital escola, (1) não cita o local de coleta e (2) em instituições públicas. Quanto aos sujeitos dos estudos (4) são puérperas, (1) enfermeiras, (1) profissionais de enfermagem de ensino e de serviço de enfermagem, (1) parturientes primigestas e multigestas e (2) realizaram análise documental em livros de registros de partos. Quanto ao método de coleta (4) estudos utilizaram entrevista semi-estruturada, (2) entrevista, (1) através de Cenas de Produção Estética por meios de oficinas de criação, com utilização de imagens visuais e cognitivas (foto, modelagem e as falas) e (2) utilizaram técnica de análise documental. Os resultados deste estudo resultaram em duas categorias empíricas para melhor visualização e descrição dos dados. Nesse estudo será abordada a categoria intitulada como: **"Parto humanizado versus destituição/desumanização".** O processo de humanização aponta para a valorização do ser humano, resgatando a dignidade do paciente a partir de um cuidado que restaure a relação humana com os profissionais de saúde.[4] O PHPN compreende a ética solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher, a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do

nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não favorecem a mulher nem o recém-nascido, e podem acarretar em maiores riscos para ambos.[5] A humanização no parto que objetiva o Ministério da Saúde pode ser percebida em alguns estudos e em certos cuidados como oferecer água e alimento para a parturiente[8]. A restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto são práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.[6] Segundo o Ministério da Saúde as gestantes de baixo risco para cesárea, na fase latente do trabalho de parto, devem ser orientadas a ingerir apenas alimentos leves, sendo permitida a ingestão de pequenas quantidades de líquidos claros suspendendo a ingestão de todos os alimentos sólidos. Contudo, as gestantes de maior risco para procedimentos anestésicos ou para parto cirúrgico devem permanecer em jejum durante todo o trabalho de parto.[3] A humanização no parto ainda é destacada com a realização de métodos não farmacológicos para alivio da dor e para favorecer a progressão do parto, entre eles o uso de bola, barra, exercícios de caminhada, massagem, banho de chuveiro ou de imersão, deambulação, exercícios respiratórios.[9,10,11,12] Proporcionando também um ambiente acolhedor, com música para ajudar a relaxar e aliviar as dores.[8] Os métodos não farmacológicos para alivio da dor no processo parturitivo vêm ganhando força por meio dos movimentos a favor das práticas de humanização no cuidado. De acordo com a OMS os métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor como massagem, técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto e parto são práticas úteis e que devem ser estimuladas [6]. Para que esses métodos para alivio da dor sejam utilizados nas maternidades necessita-se em especial o interesse da enfermagem que deve perceber sua importância e ser aplicada no cotidiano das maternidades.[13] O cuidado humanizado é percebido pelo interesse em não permitir que a parturiente fique sozinha, o conforto, o fazer sentir-se segura.[14] Proporcionar conforto e tranquilidade, carinho e escuta durante o trabalho de parto,[15] a proximidade com os profissionais, a participação do acompanhante, representa um apoio importante, pois além de ser inserido nos cuidados dá às mulheres a segurança de uma presença familiar. As mulheres que tem a oportunidade de escolher seu acompanhante apresentam satisfação e maior tranquilidade no parto, demonstrando que essa presença interfere positivamente no transcorrer do nascimento.[16,11] Segundo a OMS o respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante trabalho de parto e parto deve ser estimulada e respeitada.[6] Essa proximidade, tanto da enfermeira como de um acompanhante, estabelece uma relação de confiança que restaura o poder vital da mulher e ajuda-a a prosseguir. No entanto algumas instituições não permitem a presença de acompanhante, seja no trabalho de parto, parto ou puerpério imediato[12] o que é preciso se repensar a atuação dos profissionais de saúde e o modelo de atenção que valoriza a técnica em prol do relacionamento humano, e que se faça a inclusão da figura do acompanhante no cenário da parturição, já que negar este direito à mulher corresponde à violação de um direito fundamental de sua vida.[17] A desumanização, é percebida pela falta de atenção, escuta, quando permanecem sozinhas na sala de pré-parto muitas vezes esquecidas pelos profissionais, mesmo a equipe estando ciente de que estão

sem acompanhantes[16] , onde são privadas de seu direito que segundo a Lei 11.108 de 7 de abril de 2005, os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, o qual deve ser indicado pela própria parturiente.[18] A maneira como são realizados os exames de toque vaginal são percebidos como cuidado desconfortante, que impedem a mulher de se sentir dona do seu próprio corpo. Porém, se feitos com cuidado, com interação entre o profissional e a parturiente, evitando excessos e exposição desnecessária do corpo, esses procedimentos podem ser vistos como conforto, por tranquilizarem-na acerca de sua saúde e a do bebê.[12] Estudos revelam aspectos que correspondem à destituição da mulher de seu papel de protagonista, são orientadas a não gritar para potencializar o esforço depreendido para agilizar o período expulsivo.[8] Compreende-se que algumas manifestações são possíveis controlar, outras não, e essa abertura para a expressividade de sensações, sentimentos, choro e grito, são identificadas pelas parturientes, é preciso ouvir o que dizem quando falam. Ver as diferentes realidades da vida das mulheres e ouvir suas diferentes vozes e respeitar a singularidade, a diversidade de experiências e a interpretação que cada uma faz daquele evento.[19] Percebe-se também que a Manobra de Valsalva continua sendo implementada nas maternidades. A OMS descreve a utilização desta manobra como uma ação sem relação significativa à diminuição da duração do trabalho de parto e que pode causar danos ao organismo materno e fetal.[6] Sendo assim, propõe-se uma reflexão quanto aos aspectos que precisam ser melhorados, para que possam contribuir com a construção de um cuidado humanizado que considera a parturiente como protagonista.[8] Estudos apontam que os profissionais encontram-se distantes da parturiente, que em um momento singular do parto carece de presença, apoio e informações sobre o que está proposto para ela dentro da assistência, o acolhimento é um dos elementos fundamentais para a humanização da atenção obstétrica, pois é através deste que o trabalhador da saúde mostra-se interessado e disponível em conhecer a mulher, seus familiares e suas demandas de cuidado, amenizando assim, o medo decorrente do parto.[17]

## CONCLUSÃO

Percebe-se a assistência de enfermagem no processo parturitivo compreendido como cuidado humanizado, na realização de métodos não farmacológicos para alivio da dor e para auxiliar na progressão do parto, sendo cuidados que obedecem o andamento fisiológico do parto. O interesse em não permitir que a parturiente fique sozinha, o conforto, o fazer sentir-se segura, proporcionar conforto e tranquilidade, oferecer carinho e escuta durante o trabalho de parto e a proximidade com os profissionais, a participação do acompanhante, o fato de oferecer líquido a parturiente ou alimentos quando possível, são pontos que vão ao encontro do parto humanizado. No entanto, percebe-se que no caminho para a humanização no parto encontra-se a (des)humanização, quando as mulheres não são respeitadas como seres humanos dignos de atenção, respeito, escuta, quando permanecem

sozinhas na sala de parto e são privadas do direito a um acompanhante, o que demonstra a violência sobre o corpo feminino.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS:**

1 ALVES AM, GONÇALVES CSF, MARTINS MA, SILVA ST, AUWERTER TC, ZAGONEL IPS. A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. Cogitare Enferm 2007 Out/Dez; 12(4):416-27.

2 MERIGHI MAB ,CARVALHO GM, SULETRONI VP. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. Acta Paul Enferm 2007;20(4):434-40.

3 BRASIL MS. Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

4 VERONESI CL. Experiências vivenciadas por primíparas em relação a assistência prestada no trabalho de parto e parto. Dissertação de mestrado. Gôiania GO- 2012.

5 BRASIL MS. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília (DF), 2002.

6 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

7 ROTHER ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta Paul Enferm. 2007;20(2).

8 OLIVEIRA ASS, RODRIGUES DP, GUEDES MVC. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2):249-54.

9 SILVA TF, COSTA GAB, PEREIRA ALF. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. Cogitare Enferm. 2011 Jan/Mar; 16(1):82-7.

10 SESCATO AC, SOUZA SRRK, WALL ML. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. Cogitare Enferm 2008 Out/Dez; 13(4):585-90.

11 ROCHA CR, FONSECA LC. Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online 2010. abr/jun. 2(2):807-816.

12 FRELLO AT, CARRARO TE. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 jul/set; 18(3):441-5.
13 FRELLO AT, CARRARO TE, BERNARDI MC. Cuidado e conforto no parto: Estudos na enfermagem Brasileira. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v.25, p.173-184, maio/ago.2011.

14 CARRARO TE, KNOBEL R, RADÜNZ V, Et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 97-104.

15 FIGUEIRÊDO NMA, TYRRELL MAR, CARVALHO V, LEITE JL. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. Rev Latino-am Enfermagem 2004 novembrodezembro; 12(6):905-12.

16 FRELLO AT, CARRARO TE. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. Rev. Eletr. Enf. 2010;12(4):660-8.

17 SANTOS LM, PEREIRA SSC. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [ 1 ]: 77-97, 2012.

18 BRASÍLIA. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre o subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 7 abr 2005.

19 CAUS ECM, SANTOS EKA, NASSIF AA, MONTICELL M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. Esc Anna Nery (impr.)2012 jan-mar; 16 (1):34-4.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO DE CÂNCER DE MAMA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

# PERIOPERATIVE NURSING ASSISTANCE FOR BREAST CANCER: AN EXPERIENCE REPORT

# ASISTENCIA DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA PARA EL CÁNCER DE MAMA: UN RELATO DE EXPERIENCIA

MAYER, Barbara Letícia Dudel[1]
ENGEL, Rosana Huppes[2]
SILVA, Kauana Flôres da[3]
FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva[4]
ERTHAL, Graciele[5]
WEILLER, Teresinha Heck[6]
POLL, Márcia Adriana[7]
BORGES, Tatiane Angélica Phelipini [8]

1 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: barbaraldmayer@gmail.com
2 Enfermeira, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
3 Enfermeira, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
4 Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
5 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
6 Enfermeira Doutora, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
7 Enfermeira, Mestre em Enfermagem PPGEnf /FURG. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA.
8 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Bolsista do Programa de Extensão Universitária MEC/SESu (PROEXT MEC/SESu).

**RESUMO:**
**Introdução:** O câncer de mama é a segunda causa de morte entre as mulheres. É considerado um problema de saúde pública no Brasil devido ao crescente número de casos diagnosticados por ano. **Objetivo:** Relatar a experiência enquanto acadêmica do curso de

enfermagem, na inserção em uma Unidade Clínica Cirúrgica, para o desenvolvimento de atividades práticas no acompanhamento perioperatório de uma paciente com câncer de mama. **Metodologia:** Relato de experiência de atividade prática integralizada na disciplina de Saúde do Adulto III, do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul em 2010. As atividades foram desenvolvidas em Unidade Clínica Cirúrgica de um hospital do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Compreende o acompanhamento de uma paciente com câncer de mama no período perioperatório de linfadectomia axilar unilateral. Foi garantida a preservação da identidade do sujeito e a aceitação espontânea do mesmo em participar. **Resultados:** mulher, 53 anos, raça negra, com diagnóstico de câncer de mama a direita. Pré-operatório: paciente apresentava-se orientada no tempo e espaço, comunicativa, com expressão, sinais e verbalização de preocupação e ansiedade. Foi realizado levantamento de problemas, diagnósticos e prescrição de enfermagem assim como orientações de enfermagem. Trans-operatório: cuidados de enfermagem: Atentar para transferência da paciente da maca para a mesa cirúrgica; Cuidar com o posicionamento na mesa cirúrgica; Promover medidas de conforto; Manutenção da temperatura corporal; Estar atento aos sinais vitais e de monitorização da paciente. Pós-operatório: paciente consciente, pouco queixosa, com dor. Curativo oclusivo na região mamária axilar direita, com dreno. Identificado levantamento de problemas, diagnóstico e prescrição de enfermagem, realizada orientações de enfermagem para alta hospitalar. **Conclusões:** A inserção de acadêmicos no cuidado de pacientes com câncer no perioperatório de tratamento do câncer oportuniza a qualificação da formação assim como a integralização do cuidado.

**DESCRITORES:** Neoplasias da mama; Enfermagem perioperatória; Cuidados de enfermagem.

**ABSTRACT:**
**Introduction:** Breast cancer is the second leading cause of death among women. It is considered a public health problem in Brazil due to the increasing number of cases diagnosed per year. **Objective:** Report as academic experience of nursing, the insertion unit in a Surgical Clinic, to develop practical activities in perioperative monitoring of a patient with breast cancer. **Methods:** Experience report of practical activity paid up in the discipline of Adult Health III, the undergraduate program in nursing at the University of the Northwest Regional State of Rio Grande do Sul in 2010. The activities were developed in Clinical Surgery Unit of a hospital in the northwest of the State of Rio Grande do Sul comprises monitoring a patient with breast cancer in perioperative linfadectomia unilateral axillary. Was guaranteed the preservation of the identity of the subject and spontaneous acceptance of the same in participating. **Results:** Woman, 53 years old, black, diagnosed with breast cancer right. Preoperative: patient oriented in time and space, communicative, with expression, signs and verbalization of concern and anxiety. A survey was conducted of

problems, diagnoses and prescription of nursing as well as nursing guidelines. Transoperative: nursing care: Attending to transfer the patient from stretcher to the operating table; Caring with positioning on the operating table; Promote comfort measures; Maintenance of body temperature; Watch for vital signs monitoring and patient. Postoperative: conscious patient, little complaining with pain. Occlusive dressing in the right axillary mammary region, with drain. Survey identified problems, diagnosis and prescription of nursing held nursing guidelines for hospital discharge. **Conclusions:** The insertion of academics in the care of cancer with patients perioperatively cancer treatment, favors the qualification training as well as the payment of care.

**DESCRIPTORS:** Breast Neoplasms; Perioperative Nursing; Nursing care.

**RESUMEN:**
**Introducción:** El cáncer de mama es la segunda causa principal de muerte entre las mujeres. Se considera un problema de salud pública en Brasil debido al aumento del número de casos diagnosticados por año. **Objetivo:** Informe de la experiencia académica de enfermería, de inserción en una Clínica Quirúrgica, para desarrollar actividades prácticas en la monitorización perioperatoria de un paciente con cáncer de mama. **Metodos:** Relato de experiencia de la actividad práctica pagada en la disciplina de la Salud del Adulto III, en lo programa de licenciatura en enfermería de la Universidad Regional del Noroeste del Estado de Rio Grande do Sul en 2010. Las actividades se desarrollan en la Unidad de Quirugía Clínica de un hospital en el noroeste del Estado de Rio Grande do Sul, cuenta con la supervisión de un paciente con cáncer de mama en el perioperatorio axilar unilateral linfadectomia. Se garantizó la preservación de la identidad del sujeto y la aceptación espontánea de la misma en participar. **Resultados:** Mujer, 53 años, negro, con diagnóstico de cáncer de mama derecha. Preoperatorio: paciente orientado en tiempo y espacio, comunicativa, con la expresión, los signos y verbalización de preocupación y ansiedad. Se realizó un estudio de los problemas, diagnósticos y prescripción de enfermería, así como las directrices de enfermería. Transoperatoria: cuidados de enfermería: Asistir a transferir al paciente de camilla a la mesa de operaciones; Cuidado con la colocación en la mesa de operaciones; Promover medidas de confort; Mantenimiento de la temperatura corporal; Reloj para el control y el paciente signos vitales. Postoperatorio: paciente consciente, poco quejándose de dolor. Apósito oclusivo en la región mamaria axilar derecha, con drenaje. Problemas identificados encuesta, el diagnóstico y la prescripción de enfermería mantienen pautas de enfermería al alta hospitalaria. **Conclusiones:** La inserción de los académicos en el cuidado de los pacientes de cáncer durante el período perioperatorio y tratamiento del cáncer, favorece la formación de calificación, así como el pago de la atención.

**DESCRIPTORES:** Neoplasias de la mama; Enfermería Perioperatoria; Atención de Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a segunda causa de morte, mais frequente entre as mulheres, no mundo com uma variação percentual de mais de 80% - em 2010 foram 12.705 mortes[1,2].No Brasil, é considerado um problema de saúde pública devido ao crescente número de casos diagnosticados por ano - em 2012 mais de 52 mil novos casos - do envelhecimento populacional, do desenvolvimento socioeconômico e também em relação aos investimentos necessários para ações de diagnóstico e tratamento[3,2]. O câncer de mama promove efeitos psicológicos, afeta a percepção da imagem pessoal e da sexualidade nas mulheres. Nesta perspectiva, a informação sobre o câncer tem aumentado a sobrevida de pacientes com câncer de mama, principalmente com relação ao diagnóstico precoce[4]. Após a descoberta do câncer de mama, a etapa do tratamento promove o desequilíbrio biológico e cognitivo da mulher, visto que o tratamento irá demandar mudanças nas suas atividades diárias, no convívio social e principalmente, mudanças no próprio corpo[5].

A enfermagem, nesta perspectiva, tem papel importante no acompanhamento de mulheres com câncer de mama, desde o diagnóstico até os cuidados pós-operatórios. Conhecer a percepção das mulheres com câncer de mama em tratamento, com relação ao próprio câncer, ao tratamento, as suas crenças acerca dos riscos, da gravidade, da cirurgia e do pós-operatório, possibilita a personalização e a integralidade da assistência de enfermagem conforme a situação de cada mulher nesse processo de tratamento do câncer de mama[6]. Nesse sentido, deve-se fazer uso da consulta de enfermagem e da sistematização da assistência de enfermagem, como instrumento para a gestão do cuidado perioperatório[1]. Deste modo, o objetivo desse trabalho é relatar a experiência enquanto acadêmica do curso de enfermagem, na inserção em uma Unidade Clínica Cirúrgica, para o desenvolvimento de atividades práticas no acompanhamento pré, trans e pós-operatório de uma paciente com câncer de mama.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de atividade prática desenvolvida na disciplina de Saúde do Adulto III, do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), no período de setembro de outubro de 2010. As atividades foram desenvolvidas em uma Unidade Clínica Cirúrgica de um hospital do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Dentre as atividades que compreendiam esta disciplina estava o acompanhamento de um paciente durante o período pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório, bem como a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Este relato compreende o acompanhamento de uma paciente com câncer de mama à direita no pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório de linfadectomia axilar unilateral. Para a realização deste estudo foi garantido ao sujeito a preservação da sua identidade e a aceitação espontânea do mesmo em participar.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudo de caso, caracterizado por uma paciente, do sexo feminino, 53 anos de idade, viúva, raça negra, com diagnóstico de câncer de mama a direita. Relatou que fazia exames de rotina a cada dois anos. No início do ano de 2010, ao realizar mamografia foi diagnosticado nódulo de aproximadamente 1 centímetro de diâmetro, não palpável, em mama direita. Realizou biópsia do nódulo e foi orientada a realizar procedimento cirúrgico para ressecção da lesão para poder definir o diagnóstico. Com relação ao histórico familiar, a mãe e a avó faleceram por câncer de ovário e de colo de útero, sequencialmente. Possuía rede familiar de apoio e forte crença religiosa.

**O pré-operatório:** No exame físico a paciente encontrava-se no leito, apresentava-se orientada no tempo e no espaço, comunicativa, com expressão, sinais e verbalização de preocupação e ansiedade. Sinais vitais estavam estáveis; tinha 1,65cm de altura; 77,7Kg de peso auto referido. As mamas eram simétricas, com presença de cicatriz cirúrgica em mama direita, relacionada a biópsia. Estava com agulhamento na mama direita para procedimento cirúrgico. Pele íntegra, abdômen pouco globoso. Foram esclarecidas dúvidas, principalmente quanto a crenças sobre o câncer e o procedimento cirúrgico. Foi orientada quanto a preparação para poder se dirigir ao Centro Cirúrgico. Também, foi orientada quanto aos cuidados com a ferida operatória, com o dreno de sucção e alguns exercícios que poderia realizar após a cirurgia.

Durante a entrevista pré-operatória, a enfermeira deve avaliar o nível de ansiedade da paciente e as possíveis causas, para poder planejar intervenções de enfermagem apropriadas. Deve ser avaliada a compreensão da paciente sobre o procedimento cirúrgico e sanar dúvidas. O planejamento da alta deve começar nessa etapa pré-operatória, assim como, devem ser fornecidas informações sobre exercícios, próteses, grupos de apoio comunitários disponíveis à paciente. Estas etapas subsidiam às pacientes com câncer de mama, um suporte emocional, aliado aos cuidados de enfermagem[7,8]. Foi realizado o levantamento de problemas: Risco para câncer; Risco para conceito próprio sobre câncer; Risco para ansiedade; Risco para cirurgia; Risco para ferida operatória; Risco para dor; Risco para imobilidade; Risco para infecção. Assim, foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem e a prescrição de enfermagem, apresentados a seguir:

**Tabela 1. Diagnósticos de Enfermagem elaborados no acompanhamento pré-operatório de câncer de mama.**

| |
|---|
| **1.**Ansiedade relacionada, a ameaça real ou percebida a integridade biológica, secundária a procedimentos invasivos, evidenciado pelo relato de sentimento de nervosismo[11]. |
| **2.**Angústia espiritual relacionado a cirurgia evidenciado por questionar a credibilidade do sistema de crenças e ter sentimentos ambivalentes sobre as crenças[11]. |
| **3.**Dor aguda relacionada a técnica invasiva evidenciado por comunicação de descritores da dor, comportamento de defesa, protetor e máscara facial de dor[11]. |
| **4.**Desgaste da pessoa que presta cuidado relacionado ao gasto de tempo e à duração exigida pelo cuidado, evidenciado por relato de tempo ou energia física insuficientes e responsabilidade do cuidado interfere em outros papéis importantes, como trabalho[11]. |
| **5.**Medo relacionado a hospitalização, cirurgia e seus resultados, anestesia, procedimentos invasivos, dor, ambiente desconhecido, pessoas desconhecidas e perda de parte do corpo, evidenciado por questionamentos e verbalização crescentes, tensão muscular, palpitações e sentimento de pavor, medo e apreensão[11]. |
| **6.**Mobilidade física prejudicada relacionado a equipamentos externos e dor, evidenciado por limitação na amplitude de movimentos e restrição imposta de movimentos[11]. |
| **7.**Potencial para melhoria do bem estar espiritual relacionado a questionamento sobre a credibilidade do sistema de crenças, evidenciado por forças internas que alimentam relacionamento confiável e ter significado e objetivo na própria existência[11]. |
| **8.**Risco para infecção, relacionado ao comprometimento das defesas do hospedeiro, secundário ao câncer[11]. |

Dos autores, 2010

**Tabela 2. Prescrição de enfermagem elaborados no acompanhamento pré-operatório de câncer de mama**

| PCTE: LEITO: DATA: | HORÁRIOS |
|---|---|
| **1.**Verificar Sinais Vitais, comunicando a Enfermeira quanto a alterações: PA, FC, FR, Temperatura, Dor. | M – T – N |
| **2.**Orientar quanto a importância de NPO a partir das 24h. | 22h |
| **3.**Orientar quanto a retirada de adornos, próteses dentárias, banho sem lavar cabelo, vestir camisola com abertura voltada para frente e eliminações vesicais antes de ir ao centro cirúrgico. | 22h |
| **4.**Avaliar sinais de ansiedade, esclarecendo dúvidas e orientando quanto as dúvidas. | SEMPRE |
| **5.**Proporcionar medidas de conforto com cobertores, coxins, e suporte emocional. | SEMPRE |
| **6.**Auxiliar no deslocamento e mudança de decúbito. | SEMPRE |
| **7.**Prestar apoio emocional aos familiares. | SEMPRE |
| **8.**Auxiliar no banho de imersão. | 20h |
| **9.**Informar para manter cuidados nos movimentos com membro superior direito, esclarecendo cuidados quanto ao agulhamento. | SEMPRE |

Dos autores, 2010

O Ministério da Saúde destaca, quanto a detecção precoce do câncer de mama, o rastreamento por meio de exame clínico da mama; rastreamento por mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames; rastreamento clínico da mama e mamografia anual a partir dos 35 anos para mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver o câncer de mama; garantia de acesso ao diagnóstico e tratamento. São considerados grupos populacionais de risco para o desenvolvimento de câncer de mama: mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama; mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário; mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ[1].

**O trans-operatório:** A enfermagem oncológica está presente em todas as etapas nas quais as pacientes com câncer de mama passam no decorrer do tratamento[9]. Assim, na etapa trans-operatória, a avaliação das pacientes deve ser realizada antes da alta da sala de recuperação, o que inclui a observação geral de parâmetros e a avaliação específica dos objetivos do plano de cuidados. Deve-se atentar para as medidas de conforto, observar se o curativo está integro e se o dispositivo fechado de aspiração está funcionando apropriadamente (dreno). O enfermeiro precisa atentar para eventos incomuns ou problemas da paciente que ocorreram durante a cirurgia[7].

No caso, a paciente que acompanhamos, apresentava-se ansiosa, consciente e verbalizando sem presença de adornos e prótese dentária, com roupa adequada para o ato cirúrgico. Encaminhamos a paciente para o Centro Cirúrgico. Interagimos com a mesma, prestando apoio psicológico, tentando traquilizá-la para minimizar ansiedade. A análise patológica realizada no decorrer do procedimento cirúrgico teve resultado de malignidade negativo. Os cuidados de enfermagem envolveram: Atentar para transferência da paciente da maca para a mesa cirúrgica, evitando lesões musculares, ósseas e nervosa; Cuidar com o

posicionamento da paciente na mesa cirúrgica, evitando lesões musculares, ósseas e nervosa; e no correto posicionamento da mesma, favorecendo à cirurgia; Promover medidas de conforto evitando assim lesões, e de manutenção da temperatura corporal, principalmente nas extremidades, com atadura e algodão laminado ou ortopédico, ou fronhas; Estar atento aos sinais vitais e de monitorização da paciente.

**O pós-operatório:** As possíveis complicações que podem ocorrer nesse período inclui o acúmulo de sangue na incisão, infecção e acúmulo tardio de líquidos serossanguinolentos depois da remoção do dreno. As sequelas psicológicas podem incluir uma imagem corporal ou auto-conceito alterado, incerteza sobre o futuro, medo de recidivas e os efeitos do câncer de mama e o tratamento, sobre as funções na família e trabalho[7]. A presença da incisão, curativo e drenos denunciam as principais preocupações das pacientes no pós-operatório, nesse sentido, as orientações de enfermagem às mulheres pós-operatório de câncer de mama é fundamental para o estímulo ao autocuidado a essas mulheres. Igualmente a fisioterapia é uma das maneiras de prevenir complicações e propiciar a melhor qualidade de vida[10].

Assim, após 24 horas do procedimento cirúrgico da paciente que acompanhamos, ela já estava de alta hospitalar, aguardando o familiar. Estava consciente, lúcida, verbalizando, pouco queixosa, com dor, mostrava-se satisfeita com a cirurgia e com o resultado. Apresentava aspecto cansado, de dor, em boas condições de higiene, com curativo oclusivo na região mamária, axilar direita, com fixação envolta ao tórax com atadura, com dreno de Portovac drenando sangue em pequena quantidade. Deambulando sem dificuldades. Com orientação de retornar 5 dias após a alta hospitalar, para realizar re-consulta e troca do curativo. Foi identificado o levantamento de problemas: Risco para dor; Risco para infecção (dreno, cirurgia); Risco para baixa auto-estima. Foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem e a prescrição de enfermagem, apresentados a seguir:

**Tabela 3. Diagnósticos de Enfermagem elaborados no acompanhamento pós-operatório de câncer de mama.**

| |
|---|
| 1. Dor aguda, relacionado a traumatismo tissular e espasmos da musculatura reflexa, secundaria a cirurgia, evidenciado pela verbalização[11]. |
| 2. Mobilidade física prejudicada, relacionado ao uso de equipamentos externos (dreno), evidenciado pela capacidade comprometida de mover-se intencionalmente no ambiente[11]. |
| 3. Integridade tissular prejudicada relacionado a câncer, cirurgia, curativos, secreções e dor, evidenciado por lesões nos tecidos[11]. |
| 4. Medo relacionado a cirurgia e seus resultados, procedimentos invasivos e dor, evidenciado por sentimentos de apreensão[11]. |
| 5. Risco para traumatismo pelo posicionamento perioperatório, relacionado a câncer e a procedimento cirúrgico de 2 horas ou mais[11]. |
| 6. Risco para infecção, relacionado ao local de invasão do organismo, secundário a cirurgia[11]. |
| 7. Risco para lesão, relacionado ao comprometimento da função linfática, motora e sensorial do braço afetado[11]. |

Dos autores, 2010

**Tabela 4. Prescrição de enfermagem elaborados no acompanhamento pós-operatório de câncer de mama.**

| PACT: ____ LEITO: ____ DATA: ____ | HORARIO |
|---|---|
| 1. Verificar Sinais Vitais, comunicando a Enfermeira quanto a alterações: PA, FC, FR, Temperatura, Dor. | 8 10 12 14 16 18 20 22 24 |
| 2. Evitar a mensuração de pressão arterial e administração de medicação injetável no membro afetado devido a drenagem linfática e venosa estarem prejudicadas pela doença de base e pela cirurgia. | SEMPRE |
| 3.Avaliar nível de consciência. | SEMPRE |
| 4.Observar o sistema de drenagem, realizando manobra de ordenha, para evitar formação de tampão. | M N |
| 5. Avaliar inserção do dreno, e possíveis sinais flogísticos, (hiperemia, rubor, secreções), bem como avaliar o aspirado, cor, odor e aspecto; registrando e comunicando a enfermagem. | M T N |
| 6.Encorajar o paciente a tossir, deambular precocemente para evitar possíveis complicações. | 08 14 20 |
| 7.Auxiliar na higiene corporal no chuveiro. Observar a integridade da pele e estimular a circulação em áreas de proeminência óssea massageando com creme hidratante. | 08 |
| 8. Proporcionar medidas de conforto. | SEMPRE |
| 9.Observar incisão cirúrgica presença de hiperemia ou secreção para detectar possíveis sinais de infecção, como hiperemia, rubor, edema, presença de secreção. Comunicando a enfermeira. | 08 14 20 |
| 10.Estimular exercícios e massagens dos membros para ativar a circulação evitando o risco de trombose e, conseqüentemente embolia pulmonar. | M T N |
| 9.Orientar o paciente sobre a importância de elevar o membro afetado, mantê-lo em nível superior ao ombro para facilitar a drenagem venosa. | ORIENTAR |
| 10.Informar o paciente sobre possíveis alterações sensitivas no braço e na mama; formigamento, tremor no braço; falta de sensibilidade. | INFORMAR |
| 11. Orientar paciente e a família para a alta, quanto à importância do retorno médico para controle e cuidados a serem dispensados no domicílio. | 14 20 |
| 12. Orientar paciente nos cuidados pós-alta (cuidados pessoais; higiene, e quanto ao uso das medicações). | ORIENTAR |

Dos autores, 2010

**CONCLUSÃO**

A enfermagem possui papel primordial na assistência à pacientes com câncer. Ela está envolvida com as atividades de prevenção do câncer, da educação em saúde na área da oncologia, do acompanhamento em situações de suspeita de câncer, na atenção em enfermagem no diagnóstico, no cuidado integral durante o tratamento e a recuperação. Após a realização deste trabalho e desta vivência percebemos que é fundamental a inserção de acadêmicos no cuidado e no acompanhamento de pacientes com câncer no período perioperatório de tratamento do câncer, na perspectiva de poder compreender o processo de vivência de pessoas com câncer, assim como, de poder integralizar o cuidado que precisa ser prestado a esses pacientes.

Nesse sentido concluímos que este trabalho é importante para poder compartilhar vivências enquanto acadêmicos de enfermagem, enfatizando a importância dessas atividades no decorrer da formação acadêmica, o que qualifica o cuidado prestado, no caso em específico, da oncologia. Da mesma maneira, essa vivência e esse trabalho mostram a grande carência que existe com relação a prevenção do câncer de mama no Brasil, assim como das dificuldades que existem com relação ao acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer, o que evidencia os caminhos que precisam ser percorridos para a contínua construção do sistema de saúde brasileiro e da qualificação das políticas públicas com relação ao câncer de mama.

Á**REA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado.

**REFERÊNCIAS:**

1. Ministério da Saúde (Brasil). Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. [online]. 2004 [acesso 2013 jun 01]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consensointegra.pdf

2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer, Tipos de Câncer, Mama. [online]. 2013. [acesso 2013 jun 01]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama

3. Felix JD, Zondonade E, Amorim MHC, Castro DS. Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste - Brasil (1998 a 2007). Ciênc. Saúd. Col. [periódico na internet]. 2012 [acesso em 2013 jun 01]; 17(4): [aprox. 8p.]. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n4/v17n4a16.pdf

4. Hofelmann DA, Anjos JC. Autoavaliação de Saúde e Câncer de Mama em Mulheres de Cidade do Sul do Brasil. Rev. Brasil. Cancerol. [periódico na internet]. 2012 [acesso 2013 jun 01]; 58(2) [aprox. 13p.]. Disponível em:

http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf/11_artigo_autoavaliacao_saude_cancer_mama_mulheres_cidade_sul_brasil.pdf

5. Andolhe R, Guido LA, Bianchi ERF. Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. Ver. Esc. Enferm. USP [periódico na internet]. 2009 [acesso 2013 jun 01]; 43(3) [aprox. 9p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a30v43n3.pdf

6. Gozzo TO, Lopes RR, Prado MAS, Cruz LAP, Almeida AM. Informações para a elaboração de um manual educativo destinado às mulheres com câncer de mama. Esc. Anna Nery. [periódico na internet]. 2012 [acesso 2013 jun 01]; 16(2) [aprox. 5p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/14.pdf

7. Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ºed. Rio de Janeiro/RJ: Ed.Guanabara Koogan S.A, 1995.

8. Trevisan M, Anjos JNS, Rodrigues HM, Pires JO, Mendonça MJA, Trevisan JA. O papel do enfermeiro na assistência a paciente pós-mastectomia total. Rev. Elet. Gest. & Saúde [periódico na internet]. 2013. [acesso 2013 jun 01]; 04(2) [aprox. 10p.]. Disponível em: http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/274/pdf

9. Mineo FLV, Matos LFB, Lima SS, Deluque AL, Ferrari R. Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama. Rev. Elet. Gest. & Saúde [periódico na internet]. 2013. [acesso 2013 jun 01]; 04(2) [aprox. 20p.]. Disponível em: http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/279

10. Barreto RAS, Suzuki K, Lima MA, Moreira AA. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. Rev. Elet. Enferm. [periódico na internet]. 2008 [acesso 2013 jun 01];10(1) [aprox. 13p.]. Disponível em: https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7686/5460

11. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermagem. 10ªed. Porto Alegre/RS: Editora Artmed, 2006

# A INFLUÊNCIA CULTURAL NA ALIMENTAÇÃO

# THE CULTURAL INFLUENCE ON FOOD

# LA INFLUENCIA CULTURAL EN LA ALIMENTACIÓN

CASTIGLIONI, Críslen Malavolta[1]
JUNGES, Carolina Frescura[2]
WILHELM, Laís Antunes[3]
CREMONESE, Luiza[4]
SANTOS, Carolina carbonell dos[5]
SCARTON, Juliane[6]
PRATES, Lisie Alende[7]
RESSEL, Lúcia Beatriz[8]

1 Autora. Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. crislen_castiglioni@hotmail.com
2 Coautora. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/UFSM. Doutoranda da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
3 Coautora. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGENF/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
4 Coautora. Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da UFSM. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
5 Coautora. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/UFSM. Doutoranda da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).
6 Coautora. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGENF/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
7 Coautora. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGENF/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
8 Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professora Associada do Departamento de Enfermagem/UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.

**RESUMO:**O presente estudo trata-se de um recorte de uma pesquisa intitulada: "Influência da cultura no comportamento alimentar de gestantes: contribuições para a enfermagem", que objetiva apresentar a influência e a importância da cultura na alimentação. O estudo é caracterizado como abordagem qualitativa, que utilizou o método etnográfico. Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista que após foi submetida à análise de dados conforme o modelo Observação-Participação-Reflexão proposto por Leininger. Os resultados revelaram que os hábitos alimentares dos indivíduos recebem influências culturais e que alimentar-se possui um significado além de simplesmente nutrir o corpo. Os

profissionais de saúde normalmente interferem na alimentação por a verem influente na saúde. Porém para se fazer alterações nos hábitos alimentares das pessoas é preciso entender seu contexto cultural e o significado que possui os alimentos para as mesmas, para assim fazer adaptações que sejam aceitas e seguidas por cada indivíduo.

**Descritores:** Hábitos Alimentares; diversidade cultural; cultura; comportamento alimentar.

**ABSTRACT:** The present study deals with a part of a research entitled: "Influence of culture on the feeding behavior of pregnant women: contributions to nursing," which aims to present the influence and importance of culture in food. The study is characterized as a qualitative approach, which used the ethnographic method. Data were collected by interview technique that was submitted after the data analysis by model Observation-Participation-Reflection proposed by Leininger. The results showed that the dietary habits of individuals receive cultural influences and feed has a meaning beyond simply nourishing the body. Health professionals usually interfere in the feed to see influential health. But to make changes in people's eating habits is necessary to understand its cultural context and meaning that has food for them, thus to make adaptations that are accepted and followed by each individual.

**Keywords:** Food Habits; cultural diversity; culture; feeding behavior.

**RESUMEN:** El presente estudio se ocupa de una parte de una investigación titulada: "La influencia de la cultura en el comportamiento de alimentación de las mujeres embarazadas: contribuciones a la enfermería", que tiene como objetivo presentar la influencia e importancia de la cultura en la alimentación. El estudio se caracteriza por un enfoque cualitativo, que utilizó el método etnográfico. Los datos fueron colectados mediante la técnica de entrevista. El anlisis de los datos seguido el modelo de Observación-Participación-Reflexión propuesto por Leininger. Los resultados mostraron que los hábitos alimenticios de las personas recibir influencias culturales y el alimentación tiene un significado más allá de simplemente alimentar el cuerpo. Profesionales de la salud generalmente interfieren en el alimentación por veren influyente en el salud. Pero para hacer cambios en los hábitos alimenticios de las personas és necesario comprender su contexto cultural y el significado que tiene la comida para ellos, por lo que, para hacer las adaptaciones que son aceptadas y seguidas por cada individuo.

**Palabras clave:** Hábitos Alimenticios; diversidad cultural; cultura; conducta alimentaria.

## INTRODUÇÃO

Os alimentos estabelecem e mantêm relações sociais e culturais entre as pessoas, além disso, contribuem para que os vínculos afetivos sejam consolidados e mantidos[1]. Os

alimentos sociais são aqueles consumidos na presença de outras pessoas e portadores de valor simbólico, em especial, quando o alimento é servido em uma refeição comunitária, uma vez que traz consigo várias associações, dizendo muito aos participantes sobre a sua relação um com o outro e com o mundo externo[2].

Nas ocasiões formais, a refeição, de acordo com os tipos de alimentos nela servidos, pode ser identificada como uma linguagem complexa, que somente as pessoas do grupo decodificam. A interpretação desses códigos possibilita a compreensão do modo de vida das pessoas, em especial, as relações e os valores dos indivíduos que compartilham o alimento[2]. Diferentes tipos de refeições sinalizam mensagens diferentes àqueles que dela participam. Comer não é um ato solitário. Na espécie humana, comer pode ser considerado a origem da socialização, pois, nas atividades coletivas para obtenção de comida, no início da evolução, já existia a noção de compartilhamento de provimentos alimentares. Sob esse prisma, infiltrado nas relações humanas, encontramos o conceito de comensalidade, que é a prática de comer junto, partilhando a comida, o que implica também na organização de regras de identidade e de hierarquia social.

A comida, além de tecer redes de relações, serve também para impor limites e fronteiras sociais, políticas, religiosas e outras. Nas diferentes regiões do mundo, em espaços temporais diversos, as culturas humanas sempre encararam a alimentação como um ato revestido de conteúdos simbólicos. O significado desses conteúdos não evoca interpretações pelas pessoas que o praticam, mas sim determina um preceito inquestionável, para o qual não são necessárias explicações[3].

Nos finais de semana predomina uma exossociabilidade, ou seja, parentes e amigos se reúnem para compartilhar os alimentos, principalmente no tradicional almoço de domingo. Esses eventos coletivos diferenciam-se da endossociabilidade dos dias de semana, em que as refeições, apesar de partilhadas, ocorrem, de forma predominante, apenas com os membros do grupo doméstico. No fim de semana, as pessoas visitam umas às outras, preparam um prato salgado ou mesmo uma sobremesa e levam para ajudar no almoço, que certamente durará mais tempo, após a refeição já ter sido consumida[4].

Na perspectiva da Enfermagem Cultural, o alimento permanece orientado para o crescimento, a manutenção e a recuperação da saúde e a sobrevivência humana. No entanto, os alimentos também são ferramentas utilizadas para estabelecer e manter relacionamentos entre as pessoas, além de proporcionar sensações de bem-estar físico e emocional. A função social e cultural do alimento muitas vezes é esquecida pelos profissionais de saúde, porque a abordagem biológica da alimentação ainda é reforçada de maneira exclusiva, nos discursos e nas prescrições biomédicas[5].

As escolhas que modelam o comportamento alimentar tem início nos primeiros dias de vida. No entanto, o comportamento alimentar não é estático ou acabado, pois recebe, constantemente, influências externas, em especial aquelas de ordem social. No meio familiar, em que as relações são intensificadas pelo convívio diário, existe uma associação

direta com a adoção de novos comportamentos, a partir da observação e da aceitação dos hábitos alimentares dos demais membros do grupo.

As escolhas alimentares fazem parte de um processo dinâmico e multifacetado, imbricado nos relacionamentos sociais, tanto no domínio público quanto no privado. Estudos culturais com vertente etnográfica apresentam claramente os caminhos percorridos para a eleição de alimentos consumidos no grupo familiar. Por meio da herança cultural são preservados os ensinamentos do que é aceito e do que é proibido na alimentação[6,7]. Além disso, a origem étnica[6] e a ecologia local[7] dizem muito aos grupos familiares, incidindo nas formas de preparo e no consumo das refeições.

Entende-se que os hábitos alimentares influenciam várias questões relativas à saúde da população, e que os profissionais de saúde frequentemente precisam fazer adaptações nesses hábitos, sendo necessário que tenham a percepção de que a alimentação vai além do simples ato de ingerir um alimento devido ou indevido e que envolve um contexto de vida social e cultural. Desta maneira **justifica-se** a relevância deste estudo, o qual e é resultado de uma dissertação que teve a seguinte questão norteadora: "Quais as influências culturais que interferem no comportamento alimentar de gestantes?" e o seguinte objetivo: "apreender as influências culturais envolvidas na alimentação de gestantes moradoras de uma comunidade urbana na cidade de Santa Maria – Rio Grande do Sul".

## OBJETIVO

**A**presentar a influência e a importância da cultura na alimentação.

## METODOLOGIA

Trata-se de um recorte da dissertação intitulada "Influência da cultura no comportamento alimentar de gestantes: contribuições para enfermagem", apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, sendo um trabalho com a abordagem qualitativa que utilizou o método etnográfico.

O cenário de pesquisa foi a região norte de Santa Maria/RS, sendo o local principal para a coleta de dados o consultório de enfermagem, onde são realizadas as consultas de pré-natal, na Unidade Sanitária Kennedy (USK), e o domicílio das gestantes. O projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria e, posteriormente, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) nº: 0287.0.243.000-09. Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSM, foi realizado contato com o coordenador da unidade de saúde e analisada a agenda de consultas de pré-natal com a enfermeira docente.

Com base nessas informações, combinou-se fazer o contato com as gestantes no período precedente à consulta, na própria unidade de saúde. A enfermeira docente fez a apresentação da pesquisadora às gestantes. Como critérios de inclusão foram definidos: ter idade superior a 18 anos; estar realizando o pré-natal com a enfermeira docente na unidade de saúde entre os meses de março e maio de 2010; estar no primeiro ou segundo trimestre

gestacional (para que a coleta de dados não fosse interrompida pelo momento do parto). O critério de exclusão relacionou-se às gestantes que realizavam consultas de pré-natal exclusivamente com o médico da unidade de saúde, uma vez que este estudo contempla o cuidado de Enfermagem na atenção pré-natal. Nessa linha de pensamento, definiu-se o número de sujeitos em três gestantes.

O estudo foi desenvolvido com base na proposta de etnoenfermagem de Leininger[8], sendo que o período de coleta de dados ocorreu entre os meses de março a maio de 2010, durante as consultas de enfermagem, os grupos de gestantes desenvolvidos pela enfermeira docente e as visitas domiciliares, agendadas previamente com as gestantes.

Nessa direção, foi utilizado o modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), que consiste em um guia habilitador[8] composto por quatro fases que auxiliam o pesquisador a penetrar no meio em que os sujeitos estão inseridos, de maneira gradual, e permanecer no contexto natural de seus informantes. Leininger[8] propõe a análise das informações em quatro fases, ou seja: I) a coleta e documentação dos dados brutos; II) a identificação de descritores e componentes; III) a análise contextual e de padrão; IV) a identificação dos temas, achados relevantes e formulações teóricas.

Ainda, foi possível a flexibilidade de resgatar pontos pouco mencionados pelas informantes, mas de grande relevância para a pesquisa. É importante sublinhar que o processo de análise das informações ocorreu no transcurso da pesquisa, imbricado à etapa de coleta, num movimento crescente de complexidade.

No decorrer das diversas fases, emergiram novas dimensões do conhecimento, dando origem a questionamentos que promoveram a expansão das informações encontradas. Ou seja, foi possível a flexibilidade de resgatar pontos pouco mencionados pelas informantes, mas de grande relevância para a pesquisa. Ressalta-se que esta pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde[9], referente à pesquisa com seres humanos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estamos expostos a diversas influências no meio em que vivemos, desta forma observa-se que a alimentação está relacionada, além dos aspectos biológicos, a fatores ecológicos, sociais, culturais e emocionais[10]. Os estudos na área biomédica preocupam-se, na maioria das vezes, em mensurar o estado nutricional humano, por meio da análise de gráficos e de tabelas, construídos a partir de apontamentos do ganho ou da perda de peso, da carência ou do excesso de nutrientes, entre outros valores biológicos.

Tal abordagem possibilita o diagnóstico nutricional e médico, bem como as possíveis interferências para o controle dos hábitos alimentares pelos profissionais da saúde. Esta limitação da conduta estritamente biológica pressupõe a ausência da compreensão da totalidade de fatores que influenciam a alimentação, principalmente a história do indivíduo, incluindo a sua cultura[11]. Em contrapartida, estudos na área da antropologia da alimentação

investem no esclarecimento das influências culturais e sociais do comportamento alimentar, com base na reconstrução de cada sistema alimentar[10].

Analisar o que os indivíduos e grupos fazem com os alimentos converte-se em uma forma de compreender processos sociais e culturais, considerando os alimentos não tanto como portadores de nutrientes, mas como modelos ou mecanismos para estudar a cultura[12]. Nesse sentido, as representações culturais do corpo humano manifestam-se de diferentes formas, de acordo com a estrutura familiar, a situação econômica, a religião, o ciclo de vida vivenciado, entre outros fatores.

O corpo é reconhecido e simbolizado, nas diferentes sociedades, como um organismo físico influenciado por um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e função. É a cultura que orienta a percepção e a interpretação das mudanças que ocorrem em nossos corpos e no de outras pessoas[2]. O conjunto de representações do comportamento humano deve ser interpretado e não meramente reconhecido ou observado[13]. Não é o que o indivíduo faz e sim como ele representa e interpreta determinado evento ou fenômeno.

Assim, as ações sociais são escritas pelo homem no decorrer de sua história, originando rituais e símbolos próprios. A leitura dessa descrição está disponível aos que a podem ler. No entanto, a interpretação assume diversos matizes, porque o homem direciona seus entendimentos de acordo com a sua própria cultura. Em todas as sociedades humanas, o comportamento alimentar é reconhecido por meio da análise dos aspectos sociais e culturais. Os antropólogos analisam esse comportamento, apontando que os grupos sociais se diferenciam, por diversas vezes, nas práticas e nas crenças alimentares. O que é considerado alimento sagrado em determinada sociedade pode ser considerado profano em outra. Além disso, existem muitas variações relacionadas ao cultivo, à coleta, ao preparo e ao consumo dos alimentos.

Cada cultura normalmente apresenta um modelo de regras implícitas que determina quem prepara os alimentos, quem os serve, quais indivíduos ou grupos podem comer juntos, onde e em que momento pode ocorrer determinada prática alimentar[2]. O comportamento alimentar é um conjunto de práticas observadas empiricamente (o que comemos, quanto, como, na companhia de quem e onde), mas também relacionado aos aspectos subjetivos: os socioculturais e os psicológicos (alimentos e preparações apropriadas para situações diversas; comida desejada e apreciada; alimentos e preparações que gostaríamos de apreciar; a quantidade de comida que pensamos que comemos, etc.), incluindo os símbolos atribuídos à alimentação[11].

O comportamento alimentar dos seres humanos tem, desde a origem da espécie, múltiplos determinantes[10]. A necessidade de aprender as escolhas alimentares corretas não é um método individual de tentativas e erros, mas sim uma série de eleições estruturadas a partir de um saber coletivo. Esse processo ocorre ao longo das gerações, sob a forma de crenças, algumas confirmadas por experiências, outras consideradas mágicas, como o caso do jejum, do alimento sagrado ou das proibições religiosas. Nesse sentido, há necessidade de trazer

para essa discussão a importante alteração que está ocorrendo no comportamento alimentar da população mundial.

Devido ao rápido avanço industrial ocorrido nas últimas décadas, as escolhas alimentares são influenciadas por uma variedade cada vez maior de produtos alimentícios industrializados[14]. Essas novidades na cozinha estão diretamente relacionadas ao tempo. As pessoas, principalmente nos grandes centros populacionais, possuem curto espaço de tempo para realizar suas refeições e selecionar os alimentos de acordo com demandas nutricionais saudáveis. Assim, surgem os fast food, os alimentos pré-prontos, entre outros, que facilitam e reduzem o período das refeições.

Segundo pesquisa realizada no Brasil[14], os alimentos mais tradicionais na dieta do brasileiro apresentam consumo decrescente. É o caso do feijão, da farinha de mandioca, do arroz e da farinha de milho. Assim, os brasileiros estão assimilando novas práticas alimentares, de acordo com a divulgação de produtos advindos de outras culturas, como a norteamericana. Tal realidade pode ser identificada como um dos fatores que repercutem no aumento de peso da população.

Padrão alimentar pode ser definido como "o conjunto ou os grupos de alimentos consumidos por uma dada população"[15]. Na epidemiologia nutricional, esse conjunto ou grupos de alimentos são detectados por meio de métodos estatísticos de redução e ou agregação de componentes. Além disso, padrões alimentares expressam a complexidade envolvida no ato de se alimentar, uma vez que pessoas não consomem de forma isolada alimentos ou nutrientes. Para a epidemiologia, que tem a população como foco, o estudo dos padrões alimentares pode subsidiar a proposição de medidas efetivas de promoção da saúde por meio da alimentação[16]. As modificações esperadas para uma alimentação saudável, cujos objetivos são a melhoria no estado nutricional e a consequente redução de riscos, são muitas vezes dimensionadas de maneira superficial e até mesmo de forma errônea.

Uma pesquisa[10] de dois autores chama a atenção para a diferença existente entre nutrição e alimentação. Segundo os autores, a nutrição é uma ciência da área médica que estuda os fatores biológicos, químicos e físicos dos alimentos, bem como a produção, o armazenamento, a distribuição e o consumo, visando à manutenção da saúde, à prevenção de agravos e à reabilitação do organismo humano por meio de nutrientes. Já a alimentação abrange uma série de outras influências, além daquelas nutricionais, destacando a dimensão social e cultural dos alimentos, o simbolismo, os rituais e o próprio ato de comer. Ambas caminham juntas em muitas situações, mas isso nem sempre acontece. As mudanças no comportamento alimentar, portanto, não podem estar alicerçadas apenas em pressupostos nutricionais, mas também vislumbrando a alimentação como parte indissociável do universo social e individual de cada um[11].

**CONCLUSÃO**

A alimentação na vida de um individuo apresenta significados que vão além da necessidade de transmitir nutrientes ao organismo. As escolhas alimentares são influenciadas por hábitos sociais e culturais que envolvem o estabelecimento de relações sociais em determinados grupos. Ingerir alimentos e determinar cada um deles pode ser expresso de maneira diferente por cada pessoa, uma vez que cada uma traz consigo o seu contexto de vida e a sua carga cultural.

Os alimentos escolhidos para fazerem parte da dieta de cada um, o modo de armazenar, de preparar e até mesmo de comer é singular em cada grupo de pessoas, e isso é passado de geração para geração, de cultura para cultura. Os profissionais de saúde veem a alimentação e os hábitos alimentares como influentes diretos na saúde e no bom desenvolvimento do corpo humano, e com isso se preocupam em fazer as adaptações nas ingestas alimentares das pessoas, focados no objetivo de manutenção do mesmo. É verdade que os hábitos alimentares influenciam cada sistema do corpo, no entanto é preciso entender que para se fazer alterações é preciso conhecer os hábitos alimentares das pessoas.

O conhecimento acerca da alimentação do indivíduo pode proporcionar aos profissionais muitas informações importantes, bem como do modo como levam suas vidas e o significado do alimento e da alimentação para cada um, facilitando na hora de fazer suas interferências. A alimentação constitui-se como uma necessidade vital para o ser humano, entretanto ela não pode ser decidida por ninguém a não ser por ele próprio.

Corrobora-se assim que os profissionais de saúde, que frequentemente atuam nas orientações e adaptações alimentares as quais os indivíduos devem seguir rigorosamente, precisam entender que as escolhas alimentares não são atos isolados nos indivíduos e que elas carregam consigo um contexto histórico e cultural sendo impossível impor alterações sem conhecer o seu fundamento para cada um.

Hábitos alimentares e a escolha de alimentos saudáveis são fundamentais para todas as pessoas, no entanto é impossível resolver a alimentação a ser seguida pelas pessoas. Para que como profissionais de saúde consigam realizar suas orientações e alcançar o êxito nas suas intervenções é indispensável que conheçam os hábitos alimentares que cada pessoa carrega consigo e o significado que possui a alimentação para cada uma, assim será possível adaptar suas interferências conforme o desejo da pessoa, sem mudanças radicais, sendo no mínimo mais provável que ela consiga acompanhar os novos hábitos esperados e necessários.

**Área temática:** Processos de Cuidado.

**REFERÊNCIAS:**

1. LEININGER, M. M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985, Florianópolis. **Anais** ... Florianópolis: UFSC, 1985, p. 255-276.

2. HELMAN, C G. **Cultura, saúde e doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

3. CARNEIRO, H. S. Comida e sociedade: significados sociais na história da alimentação. **História: questões & debates**, n. 42, p. 71-80, 2005.
4. BARBOSA, L. Feijão com arroz e arroz com feijão: o Brasil no prato dos brasileiros. **Horizontes Antropológicos**, ano 13, n. 28, p. 87-116, 2007.

5. LEININGER, M. M. **Transcultural nursing**: concepts, theories, research & practices. New York: McGraw-Hill, 1995.

6. BUDÓ, M. L. D. Cuidando e sendo cuidado – um modelo cultural de saúde em comunidade rural. In: GONZALES, R. M.; BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L. D. **Cenários de cuidado**: aplicação de teorias de Enfermagem. Santa Maria: Palotti, 1999. p. 159-263.

7. MURRIETA, R. S. S. Dialética do sabor: alimentação, ecologia e vida cotidiana em comunidades ribeirinhas da Ilha de Ituqui, Baixo Amazona, Pará. **Revista de Antropologia**, v. 42, n. 2, p. 39- 88, 2001.

8. LEININGER, M. M. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. New York: Jones and Barlett Publishers, 2006.9. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.o 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 10 out. 1996.

10. HERNÁNDEZ, J. C.; ARNÁIZ, M. G. **Alimentación y cultura**: perspectivas antropológicas. Barcelona: Ariel, 2005.

11. GARCIA, R. W. D. G. Alimentação e saúde nas representações e práticas alimentares do comensal urbano. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). **Antropologia e nutrição**: um possível diálogo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 211-225.

12. PONS, S. C. Pontos de partida teórico-metodológicos para o estudo sociocultural da alimentação em um contexto de transformação. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). **Antropologia e nutrição**: um possível diálogo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 101-126.

13. GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

14. BLEIL, S. I. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Revista Cadernos de Debate**, Campinas, v. 6, p. 1-25, 1998.

15. GARCIA, R. W. D. G. **A comida, a dieta, o gosto**: mudanças na cultura alimentar urbana. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

16. OLINTO, M. T. A. Padrões alimentares: análise de componentes principais. In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. (Org.). **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu, 2007. p. 213-225.

# AUMENTO DE PESO GESTACIONAL: ENTRE A BELEZA E A DOENÇA

# INCREASED WEIGHT GESTATIONAL: BETWEEN BEAUTY AND DISEASE

# AUMENTO DE PESO GESTACIONAL: ENTRE LA BELLEZA Y LA ENFERMEDAD

CASTIGLIONI, Críslen Malavolta[1]
JUNGES, Carolina Frescura[2]
ALVES, Camila Neumaier[3]
CREMONESE, Luiza[4]
SANTOS, Carolina Carbonell dos[5]
SCARTON, Juliane[6]
PRATES, Lisie Alende[7]
RESSEL, Lúcia Beatriz[8]

1 Autora. Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. crislen_castiglioni@hotmail.com
2 Coautora. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/UFSM. Doutoranda da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
3 Coautora. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGENF/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
4 Coautora. Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da UFSM. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
5 Coautora. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/UFSM. Doutoranda da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).
6 Coautora. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGENF/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
7 Coautora. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGENF/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
8 Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professora Associada do Departamento de Enfermagem/UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.

**RESUMO:** O presente estudo trata-se de um recorte da pesquisa intitulada: "Influência da cultura no comportamento alimentar de gestantes: contribuições para a enfermagem". Objetiva-se apresentar algumas considerações acerca do aumento de peso gestacional. O estudo é caracterizado como abordagem qualitativa, que utilizou o método etnográfico. Os dados foram coletados e analisados por meio da técnica Observação-Participação-Reflexão proposta por Leininger. Os resultados revelaram que a desnutrição e a obesidade causam

problemas gestacionais. Além disso, mostraram também que a alimentação das gestantes é influenciada por aspectos culturais e também sociais, sendo o enfermeiro importante mediador nesse conflito, atuando como prestador de cuidados.

**Descritores:** Gravidez; Cultura; Enfermagem.

**ABSTRACT:** As part of the research entitled "Influence of culture on the feeding behavior of pregnant women: contributions to nursing". The present study aims to raise some considerations about gestational weight gain. It is characterized as a qualitative approach, and has made use of the ethnographic method. Data were collected and analyzed using the Observation-Participation-Reflection technique proposed by Leininger. The results showed that obesity and malnutrition cause gestational problems. In addition, was seen that culture and society influence the feeding of pregnant women, being the nurse a conflict mediator, acting as a carer.

**Keywords:** Pregnancy; Culture; Nursing.

**RESUMEN:** El presente estudio forma parte de una investigación titulada: "La influencia de la cultura en el comportamiento de alimentación de las mujeres embarazadas: contribuciones a la enfermería". Tiene como objetivo plantear algunas consideraciones sobre el aumento de peso durante la gestación. El estudio se caracteriza por un enfoque cualitativo, que utilizó el método etnográfico. Los datos fueron recogidos y analizados por la técnica de Observación-Participación-Reflexión propuesto por Leininger. Los resultados mostraron la obesidad y malnutrición como causa de los problemas gestacionales. Además, también mostró que la alimentación de las mujeres embarazadas está influenciada por así culturales y sociales, sendo el enfermero mediador importante en este conflicto, actuando como un cuidador.

**Palabras clave:** Embarazo; Cultura; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Ao deslocarmos nosso olhar para a cultura biomédica, evidenciamos uma série de estudos e opiniões que procuram justificar biologicamente as alterações alimentares da gestante. Dessa maneira, é destacado que a mulher, durante o período gestacional, apresenta uma demanda nutricional elevada, quando comparada àquela em estado não gravídico. A necessidade de aumento na ingestão alimentar, no entanto, varia de acordo com o estado nutricional pré-gravídico e com as estruturas corporais da mulher.

A carência de determinados nutrientes pode ocasionar agravos à saúde da mulher e do concepto[1]. Por outro lado, a ingestão de alimentos em excesso pode ocasionar outras complicações, ponderando, neste momento, que tais alterações relacionam-se com o

comportamento alimentar da gestante e, assim, às influências culturais que circundam o período gestacional.

Estudos evidenciam que o excesso de peso pré-gestacional e o ganho excessivo de peso durante a gestação estão relacionados a um maior risco de complicações na gestação e no parto. A gestante terá chances aumentadas de apresentar hemorragia[2], desenvolver distúrbios hipertensivos e diabetes gestacional[3]. As principais alterações que podem atingir o bebê, no caso de peso materno aumentado, são a macrossomia fetal, as malformações congênitas, principalmente do tubo neural, e a morte fetal[4,5].

Tal alteração no estado nutricional da mulher pode ser analisada em conjunto com a transição nutricional no Brasil, onde a mudança no padrão alimentar do brasileiro vem ocasionando o aumento das doenças crônicas. Assim, o estado nutricional e as práticas alimentares anteriores à gestação também interferem nos riscos que predispõem a agravos durante a gestação.

No entanto, não podemos fechar os olhos para as normas instituídas nos discursos pré-natalistas com relação ao aumento de peso, o qual considerava, há uma ou duas décadas, o aumento de peso gestacional normal era entre 12 e 15 quilos. Anteriormente a esse período, a gestante que engordasse 20 quilos estava de acordo com as orientações definidas para um bom pré-natal. No atual momento que vivenciamos, a gestante aumenta, no máximo, de 6 a 9 quilos[6]. Este é um dos reflexos do imperativo da magreza e da valorização social da mulher ativa, que também influenciam no comportamento alimentar da gestante.

A magreza interpreta a imagem de poder, beleza e mobilidade social e, no outro extremo, a obesidade incorpora a ideia de descuido com o corpo, sendo, muitas vezes, alvo de preconceitos. As noções de belo tornam-se confusas à medida que observamos os enunciados divulgados pela mídia escrita e televisiva: de um lado a indústria de alimentos fascina o público com os alimentos hipercalóricos, e do outro as normas sociais incitam o controle do peso corporal, enaltecendo a magreza[7,8]. Neste movimento contínuo, aceitar os modelos de emagrecimento está imbricado a uma ideia de mercado que busca um padrão estético de corpo ideal.

As crenças alimentares na gestação possuem como objetivo principal a proteção da saúde da mulher e do bebê, no entanto, nem todos os tabus e as restrições alimentares que cercam a mulher grávida podem ser explicados dessa forma, porque a vulnerabilidade não está relacionada apenas à condição fisiológica, mas também à ambiguidade social que se apresenta[9]. Em outras palavras, a mulher transita em um espaço provisório que a encaminha para um novo *status* social, o de mãe. E esse condicionante é representado de acordo com a cultura, de forma que os rituais e tabus que cercam a gravidez, o parto e o puerpério também servem para marcar essa transição e não somente para a proteção e a prevenção de agravos a saúde[10].

Existe uma conduta pré-existente para uma gestação saudável e junto com ela influencias recebidas cultural e socialmente que acabam gerando conflitos nas mulheres. Desta maneira, **justifica-se** a relevância deste estudo, que é resultado de uma dissertação de

mestrado que teve a seguinte questão norteadora: "Quais as influências culturais que interferem no comportamento alimentar de gestantes?" e o seguinte objetivo: "apreender as influências culturais envolvidas na alimentação de gestantes moradoras de uma comunidade urbana na cidade de Santa Maria – Rio Grande do Sul".

**OBJETIVO**

Levantar algumas considerações acerca do aumento de peso gestacional das mulheres envolvidas na referida pesquisa.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um recorte da dissertação intitulada "Influência da cultura no comportamento alimentar de gestantes: contribuições para enfermagem", apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, sendo um trabalho com a abordagem qualitativa que utilizou o método etnográfico.

O cenário de pesquisa foi a região norte de Santa Maria/RS, sendo o local principal para a coleta de dados o consultório de enfermagem, onde são realizadas as consultas de pré-natal, na Unidade Sanitária Kennedy (USK), e o domicílio das gestantes. Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSM, foi realizado contato com o coordenador da unidade de saúde e analisada a agenda de consultas de pré-natal com a enfermeira docente. Com base nessas informações, combinou-se fazer o contato com as gestantes no período precedente à consulta, na própria unidade de saúde. A enfermeira docente fez a apresentação da pesquisadora às gestantes.

Como critérios de inclusão foram definidos: ter idade superior a 18 anos; estar realizando o pré-natal com a enfermeira docente na unidade de saúde entre os meses de março e maio de 2010; estar no primeiro ou segundo trimestre gestacional (para que a coleta de dados não fosse interrompida pelo momento do parto). O critério de exclusão relacionou-se às gestantes que realizavam consultas de pré-natal exclusivamente com o médico da unidade de saúde, uma vez que este estudo contempla o cuidado de Enfermagem na atenção pré-natal. Nessa linha de pensamento, definiu-se o número de sujeitos em três gestantes.

O estudo foi desenvolvido com base na proposta de etnoenfermagem de Leininger[11], sendo que o período de coleta de dados ocorreu entre os meses de março a maio de 2010, durante as consultas de enfermagem, os grupos de gestantes desenvolvidos pela enfermeira docente e as visitas domiciliares, agendadas previamente com as gestantes. Nessa direção, foi utilizado o modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), que consiste em um guia habilitador[11] composto por quatro fases que auxiliam o pesquisador a penetrar no meio em que os sujeitos estão inseridos, de maneira gradual, e permanecer no contexto natural de seus informantes. Leininger[11] propõe a análise das informações em quatro fases, ou seja: I) a coleta e documentação dos dados brutos; II) a identificação de descritores e componentes; III) a análise contextual e de padrão; IV) a identificação dos temas, achados relevantes e formulações teóricas.

Ainda, foi possível a flexibilidade de resgatar pontos pouco mencionados pelas informantes, mas de grande relevância para a pesquisa. É importante sublinhar que o processo de análise das informações ocorreu no transcurso da pesquisa, imbricado à etapa de coleta, num movimento crescente de complexidade. No decorrer das diversas fases, emergiram novas dimensões do conhecimento, dando origem a questionamentos que promoveram a expansão das informações encontradas. Ou seja, foi possível a flexibilidade de resgatar pontos pouco mencionados pelas informantes, mas de grande relevância para a pesquisa.

O projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria e, posteriormente, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) nº: 0287.0.243.000-09. Ressalta-se que esta pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde[12], referente à pesquisa com seres humanos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ganho ponderal de peso ao longo da gestação é um dos fatores determinantes para o crescimento fetal. O acompanhamento do peso materno pode ser realizado por meio do registro do Índice de Massa Corpórea e a comparação com parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde[13]. Além disso, o crescimento fetal pode ser avaliado pela mensuração da altura uterina e da realização do exame ultrassonográfico[13].

Estudos na área da saúde comprovam que mulheres desnutridas e com ingesta nutricional deficiente apresentam maior possibilidade de desenvolverem riscos fetais, como o baixo peso ao nascer[14], crescimento intrauterino restrito, além de maior risco de prematuridade e mortalidade perinatal[15]. No caso de gestantes com sobrepeso e obesas, os riscos estão relacionados à morte intrauterina, má formação congênita, principalmente do tubo neural, e macrossomia[4].

Segundo esta pesquisa as recomendações médicas para prevenção de agravos à saúde materna são potencializadas por outros familiares (a sogra e a mãe), e a tradução do discurso médico traz o cuidado com o aumento de peso associado à prevenção de hipertensão, diabetes, doenças cardíacas e intercorrências durante o trabalho de parto, enaltecendo as proibições. Algumas gestantes reconheceram possuir hábitos alimentares errôneos, como por exemplo, que incluíam alimentos ricos em gorduras, e manifestaram o desejo em mudá-los, no entanto, o fato de estar grávida é visto como um impedimento para iniciar uma adequação alimentar.

A obesidade reconhecida como um atributo físico é percebida, interpretada e influenciada pelo sistema social. Os valores socioculturais associados à obesidade podem variar de uma sociedade para outra, nos diferentes contextos históricos. Assim, a ideia de saúde que algum tempo era identificada como sinônimo de corpulência, hoje tem seu significado modificado com as novas concepções e crenças culturais acerca do corpo magro[16,17].

É a partir do corpo que o indivíduo exterioriza o seu mundo interior, as suas ideias e a sua história. A beleza, a estética e a saúde direcionam os cuidados com o corpo, determinando e reafirmando um sistema de regras sociais que relaciona os indivíduos, seu corpo e a sociedade. Na contemporaneidade, os padrões sociais atribuem ao corpo características que enaltecem a magreza[17]. A obesidade, nas sociedades ocidentais, pode ser classificada como um estado desarmônico dos padrões de normalidade na cultura[18]. Em outras palavras, o indivíduo obeso é anormal porque difere do ideal de beleza do corpo magro e/ou musculoso valorizado pela sociedade.

A compreensão da obesidade como um estado patológico pode gerar sensação de impotência e interferir negativamente nas relações sociais do indivíduo, principalmente pelo preconceito existente. À luz do aspecto cultural, no grupo específico das gestantes identificamos também a exposição às mudanças alimentares desenhadas ao longo dos tempos. Algumas décadas atrás, o aumento de peso gestacional atingia valores até 20 quilos, de acordo com as orientações pré-natalistas[6]. Atualmente, é comum ouvirmos que o aumento de peso da gestante não deve ultrapassar 5 ou 6 quilos. Este é um dos reflexos da imposição estética direcionada às mulheres, em que a valorização do corpo magro e bem delineado repercute no modo como identificam/aceitam os seus corpos durante e após a gravidez.

Mesmo que de maneira implícita nos relatos descritos pelas gestantes do estudo, ficou evidente durante as observações (na consulta de enfermagem e no domicílio das gestantes) o desejo de conquistar ou manter o corpo magro. Tais ocorrências foram detectáveis, principalmente, no momento da pesagem da gestante, em que, algumas vezes, houve surpresa e desânimo diante do aumento de peso.

Os meios de comunicação**,** em especial a televisão, exercem forte influência sobre o comportamento alimentar das gestantes, principalmente, pela presença de profissionais da área da saúde que respaldam as informações e orientações. Segundo as gestantes deste estudo as orientações obtidas por meio da mídia televisiva priorizam a manutenção de uma alimentação saudável, visando o peso adequado, e priorizando normas de controle e proibição, sem haver menção a orientações sobre o que deve ser ingerido ou o que deve ser mantido na alimentação. É lembrado somente o que pode prejudicar a saúde e os seus efeitos (obesidade, colesterol...).

A cobrança pelo corpo perfeito, preconizado pela sociedade e divulgado pela mídia, pode incutir nas mulheres uma insatisfação crônica de seus corpos. Assim, é comum ouvirmos a necessidade da adequação alimentar e da adoção de hábitos que auxiliem na manutenção ou obtenção do corpo magro, na tentativa de corresponder ao modelo cultural vigente[16].

Mesmo com a interferência do aumento de peso na estética corporal e o consequente cuidado nutricional da mulher, ainda há, na sociedade contemporânea, a atribuição da mulher como responsável pela saúde do bebê, tanto no meio intrauterino quando no extrauterino[6]. Assim, os cuidados que a gestante realiza, os quais, na maioria das vezes, são decorrentes de discursos biomédicos, direcionam-se para o bem-estar fetal. Em outras

palavras, a adoção de comportamentos alimentares considerados "saudáveis" durante o período gestacional pode também estar relacionada ao bem-estar e manutenção de saúde materna, mas a justificativa concorda com a atribuição da função materna de proteger o feto. Com relação às orientações alimentares às mulheres grávidas, em todas as sociedades, os aspectos culturais são sempre valorizados[16].

Segundo as respostas das gestantes perante este estudo o peso pré-gestacional aumentado reproduz sentimentos de impotência diante da gestação, pelo fato de o aumento de peso ser inevitável, e da mesma forma ser magra antes da gestação produz momentos de tensão, tendo em vista a incerteza de retornar ao peso normal após o parto. No entanto a gravidez é tida como um momento impróprio para iniciar qualquer mudança que possa diminuir a ingestão alimentar, pois reduzir o consumo de alimentos representa, culturalmente, o envio inadequado de nutrientes para o bebê. Desta forma reforçam a necessidade de mudanças somente após o parto.

Esta categoria clarifica aspectos associados ao aumento de peso, demarcados como motivos de preocupação durante o período gestacional e puerpério. De maneira incisiva, as participantes deste estudo indicaram que o discurso dos profissionais da área da saúde impregna tanto os meios de comunicação como as pessoas do convívio social das gestantes, reforçando a prevenção de doenças e as questões estéticas como principais justificativas para o controle do peso gestacional. Categoricamente, insinuam que a mulher deve ter certos cuidados nesse período, principalmente evitar o consumo de gorduras e seguir orientações médicas, advindas dos veículos de comunicação, dos consultórios de pré-natal e da própria família.

Para Leininger[19], cultura se refere aos valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações, de formas padronizadas. Assim, aceita que o comportamento humano é desenhado continuamente pelas influências culturais.

Cabe ao enfermeiro valorizar as características individuais de cada um e compreender a necessidade da aproximação do cuidado profissional às particularidades daquele realizado na rede familiar e popular. Uma vez que a cultura influencia as crenças e os usos dos alimentos na saúde e no bem estar, os enfermeiros precisam entender os fatores significativos que podem interferir nas práticas de cuidado de saúde. O enfermeiro, como prestador de cuidados primários, está em posição privilegiada para ajudar o cliente e a sua família a manter ou restaurar a saúde por meio do uso de alimentos.

## CONCLUSÃO

Os cuidados durante a gestação envolvem a necessidade de ingestas alimentares adequadas. As desnutrição, bem como a obesidade, impedem que a gestação seja desenvolvida de maneira adequada e saudável. As rotinas alimentares das gestantes e outras atividades que serão desenvolvidas por elas correspondente a gestação e o desenvolvimento da criança são influenciadas por aspectos culturais e até mesmo sociais.

A cultura ainda traz considerações de que a mãe precisa comer em dobro, pois precisa alimentar-se e também a seu bebê, para que possa crescer saudável. Em contrapartida a sociedade de hoje, almeja um corpo magro e bonito para que assim seja considerado saudável. A imposição social da estrutura corporal acaba influenciando a decisão das gestantes pelas escolhas alimentares e também pela maneira que irão enxergar o seu corpo, tanto durante a gestação quanto depois dela.

A mídia exalta ainda mais as questões relacionadas com o corpo e a ideia de que o aumento de peso é algo mal visto, e isto interfere nas ingestas alimentares das gestantes, que acabam se deixando influenciar pela idealização do corpo bonito. A preocupação das gestantes ainda é com o crescimento saudável da criança, no entanto toda essa divulgação e colocação acerca do corpo ideal acabam gerando conflitos, uma vez que ela ainda é mulher, e como toda, deseja ser e seguir um padrão de beleza.

O enfermeiro como promotor do cuidado e da saúde pode atuar diante dessa situação colaborando para o entendimento da mulher acerca das medidas necessárias para a gestação saudável e também através de orientações que aproximem as ingestas alimentares necessárias, que colaboraram no desenvolvimento saudável da criança e também ajudarão na busca pelo corpo de mulher, uma vez que ingerir alimentos adequados e necessários não indicam aumento de peso.

Para desenvolver uma orientação adequada, cabe ao enfermeiro também entender o contexto de vida da mulher gestante, bem como as perspectivas que possuem a respeito de seu corpo, as cargas influentes que trazem consigo, as crenças e todos os pensamentos em torno da gestação, da saúde da criança e da alimentação. Desta forma poderá adaptar as medidas necessárias a cada gestante, sem causar na mesma mais um conflito, que vá contra tudo o que sabe e que almeja.

**Área temática:** Processos de Cuidado.

**REFERÊNCIAS:**

1. SAUNDERS, C.; NEVES, E. Q. C.; ACCIOLY, E. Recomendações nutricionais na gestação. In:
ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. (Org.). **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009. p. 147-70.

2. SELIGMAN, L. C. et al. Obesity and gestacional weight again: cesarean delivery and labor complicayions. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 457-465, 2006.

3. NUCCI, L. B. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 502-507, 2001.

4. VALLE, C. P.; DURCE, K.; FERREIRA, C. A. S. Conseqüências fetais da obesidade gestacional. **O mundo da Saúde**, v. 32, n. 4, p. 537-541, 2008.

5. KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Ganho de peso gestacional e macrossomia em uma coorte de mães e filhos. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 1,p. 47-53, 2005.

6. MEYER, D. E. Corpos maternos pobres. Processos educativos "de inclusão social" contemporâneos. In: RIBEIRO, P. R. C.; SILVA, M. R. S.; GOELLNER, S. V. (Org). **Corpo, Gênero e sexualidade**: composições e desafios para a formação docente. Rio Grande: FURG, 2009. p. 19-31.

7. ANDRADE, A.; BOSI, M. L. M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 1, p. 117-125, 2003.

8. SERRA, G. M. A.; SANTOS, E. M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 691-701, 2003.

9. HELMAN, C G. **Cultura, saúde e doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

10. MONTICELLI, M. Abordagem cultural do nascimento como um rito de passagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 9, p. 41-44, 1996.

11. LEININGER, M. M. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. New York: Jones and Barlett Publishers, 2006.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.o 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 10 out. 1996.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

14. PADILHA, P. C. et al. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 10, p. 511-518, 2007.

15. GALLETTA, M. A. Nutrição e gestação – uma visão geral. **Revista Nutrição Profissional**, ano 2, n. 8, p. 11-21, 2006.

16. HERNÁNDEZ, J. C.; ARNÁIZ, M. G. **Alimentación y cultura**: perspectivas antropológicas. Barcelona: Ariel, 2005.

17. WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V.A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 185-194, 2010.

18. CARVALHO, M. C., MARTINS, A. A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1003-1012, 2004.

19. LEININGER, M. M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985, Florianópolis. **Anais ...** Florianópolis: UFSC, 1985, p. 255-276.

# A UTILIZAÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM RECÉM-NASCIDO: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

# THE USE OF CENTRAL CATHETER INSERTION IN PERIPHERAL NEWBORN: NARRATIVE LITERATURE REVIEW

# EL USO DE INSERCIÓN CATÉTER CENTRAL EN RECIÉN NACIDOS PERIFÉRICO: NARRATIVA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Kegler, Jaquiele Jaciara[1]
Neves, Eliane Tatsch[2]
Jantsch, Leonardo Bigolin[3]

1Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem - 5º Semestre - da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista PIBIC/CNPQ. Integrante do Grupo de Pesquisa, Cuidado a Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS). Email: jake_kegler93@hotmail.com.
2 Orientadora. Enfermeira Pediatra. Doutora em Enfermagem, Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
3 Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do grupo de pesquisa PEFAS.

## RESUMO

*Introdução:* O PICC é um dispositivo intravenoso, o qual é inserido através de veias periféricas e que progride até vasos centrais, adquirindo características de cateter central. *Objetivo:* Descrever as publicações brasileiras, realizadas por enfermeiros, acerca da utilização do PICC em recém-nascidos. *Método:* Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com o intuito de responder à questão norteadora da pesquisa <<qual a característica e abordagem das publicações brasileiras realizadas por enfermeiros acerca da utilização do PICC em recém-nascidos?>>. Foram selecionadas 6 produções científicas da base de dados BDENF. *Resultados:* Produção incipiente no que se refere ao conhecimento teórico-técnico do processo do PICC. A obstrução e a ruptura do cateter são os principais responsáveis pela remoção não eletiva do PICC. A basílica é a veia preferencial para inserção do PICC. *Conclusão:* Realização de estudos, que contribuam com a construção do conhecimento acerca da temática do PICC e da terapia intravenosa neonatal.

**DESCRITORES:** Recém-nascido; Cateteres venosos centrais; Enfermagem.

## ABSTRACT

*Introduction:* PICC is an intravenous device, which is inserted through peripheral vein and progresses to the central vessels, acquiring characteristics of a central catheter. *Objective:* To describe the Brazilian publications, performed by nurses on the use of PICC in newborns. *Method:* This is a narrative review of the literature, in order to answer the main question of the research: which feature in the Brazilian approach and performed by nurses on the use of PICC in newborns? We selected six scientific productions of the database BDENF. *Results:* Incipient production in relation to the theoretical and technical knowledge of the process of PICC. Obstruction and rupture of the catheter are primarily responsible for the removal of non-elective PICC. The basilica is the preferred vein for PICC insertion. *Conclusion:* More studies must be developed to contribute to the construction of knowledge about the theme of the PICC and neonatal intravenous therapy.

**DESCRIPTORS:** Newborn; Central venous catheters; Nursing.

**RESUMEN**
*Introducción:* PICC es un dispositivo por vía intravenosa, que se inserta através de la vena periférica y progresa a los vasos centrales, la adquisición de características de un catéter central. *Objetivo:* Describir las publicaciones brasileñas, realizadas por las enfermeras en el uso del PICC en recién nacidos. *Método:* Esta es una revisión narrativa de la literatura, con el fin de responder a la pregunta principal de la investigación que el: qual es lo carácter y el enfoque de las publicaciones brasileñas realizadas por las enfermeras sobre el uso de PICC en recién nacidos? Se seleccionaron seis producciones científicas de la base de datos BDENF. *Resultados:* Producción incipiente en relación con los conocimientos teóricos y técnicos del proceso del PICC. Obstrucción y rotura del catéter son los principales responsables de la eliminación de PICC no electiva. La basílica es la vena preferida para la inserción PICC. *Conclusión:* Los estudios que contribuyan a la construcción de conocimiento sobre el tema de la terapia intravenosa PICC y neonatal.

**DESCRIPTORES:** Recién nacido; Catéteres venosos centrales; Enfermería.

**INTRODUÇÃO**
Os avanços tecnológicos e o desenvolvimento de novos recursos terapêuticos em neonatologia melhoraram as taxas de sobrevivência de recém-nascidos gravemente doentes, especialmente os prematuros e de baixo peso. A terapêutica intravenosa tem papel muito importante, pois eles frequentemente necessitam de nutrição parenteral, fluidos intravenosos e medicamentos, como antibióticos de uso prolongado. Assim, dispor de um acesso venoso seguro e funcional é fundamental para a sobrevivência desses neonatos.[1] Na década de 70, nos Estados Unidos da América (EUA), desenvolveu-se um dispositivo intravenoso, o qual é inserido através de veias periféricas e que progride até vasos centrais, adquirindo características de cateter central, denominado de PICC, sigla, em inglês, que

designa cateter central de inserção periférica.[2] Este tipo de cateter traz inúmeras vantagens, dentre elas, destacam-se: a possibilidade de inserção à beira do leito realizada por enfermeiro capacitado, sem a necessidade de um procedimento cirúrgico; menor incidência de hemorragia e de pneumotórax; otimização da assistência intravenosa sem a interrupção do tratamento; menor desconforto do recém-nascido; preservação do sistema venoso periférico; menor custo quando comparado a dispositivos inseridos cirurgicamente; possibilidade de infusão de nutrição parenteral e soluções vesicantes por um tempo prolongado com baixo risco de infiltração e flebite química.[3] Entretanto, como todo dispositivo vascular, seu uso também apresen-ta algumas desvantagens, tais como, a necessidade de pessoal especializado na inserção e na manutenção; monitoramento rigoroso; radiografia para localização da extremidade do cateter; não permite infusões rápidas e/ou volumosas e nem a utilização de calibres menores de 4 French, pois são inadequados para a realização de hemotransfusões.[4] Além disso, o PICC envolve complicações que, apesar de apresentarem frequência inferior à de outros cateteres centrais, seu uso não é livre de complicações, as quais podem levar à sua remoção não eletiva, ou seja, aquela realizada antes do término programado da terapêutica intravenosa. As complicações potenciais que podem levar à remoção não eletiva desse cateter são: infiltração, extravasamento, flebite, obstrução, infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter, infecção do sítio de inserção, embolia, migração da ponta, tração acidental, arritmias, tamponamento cardíaco, ruptura do cateter, trombose e edema de membros.[5] A competência técnica e legal para o profissional de enfermagem inserir e manipular o PICC encontra-se no artigo 1° da Resolução n° 258/2001, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). De acordo com o artigo 2° desta mesma resolução para o enfermeiro desempenhar tal atividade, é necessária qualificação e/ou capacitação profissional.[6] A partir do exposto, surgiu como questão norteadora do presente estudo: qual a característica e a abordagem das publicações brasileiras realizadas por enfermeiros acerca da utilização do PICC em recém-nascidos?

**OBJETIVO**

Descrever as publicações brasileiras, realizadas por enfermeiros, acerca da utilização do PICC em recém-nascidos.

**MÉTODO**

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com abordagem descritiva dos resultados, acerca da utilização do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) em Recém-nascidos. Para a sistematização, o estudo foi organizado de acordo com os seguintes passos: delimitação do tema e problema de pesquisa, busca dos artigos, definições das informações que seriam analisadas, descrição dos resultados e discussões dos achados. A busca foi realizada *online* por meio do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), no mês de julho de 2013. Utilizou-se para a busca dos

artigos, o descritor "recem-nascido" e as palavras-chave "PICC" e "CIPP", empregando o operador *boleano* AND entre o descritor e as palavras-chave e o operador *boleano* OR entre as palavras-chave. Em primeira busca foram encontrados 17 artigos. A partir dessa seleção, ocorreu a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Utilizou-se como critério de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, que possuíssem ao menos um enfermeiro como autor e se apresentassem nos idiomas português, inglês ou espanhol. Como critério de exclusão, artigos que não pertencessem à temática proposta pelo estudo. Não foi utilizado recorte temporal para a seleção dos artigos. Após leitura na íntegra dos artigos, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, restando 06 artigos que constituíram o *corpus* da pesquisa. Os artigos foram submetidos à análise temática de Minayo.[7]

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após leitura na íntegra dos artigos, foi confeccionado, com as produções selecionadas para análise, o quadro sinóptico estabelecido no quadro 1. **Quadro 1**. Publicações da enfermagem brasileira, acerca da utilização do PICC em recém-nascidos - período de 2006-2010 - BDENF. Elaborado pelos autores. Brasil, 2013.

| Código | Autor | Periódico; Ano | Título |
|---|---|---|---|
| A1 | Solange Antonia Lourenço, Conceição Vieira da Silva Ohara | Revista Latino Americana Enfermagem; 2010 | Conhecimento dos enfermeiros sobre a técnica de inserção do cateter central de inserção periférica em recém-nascidos |
| A2 | Alessandra Tomazi Franceschi, Maria Luzia Chollopetz da Cunha | Revista Latino Americana Enfermagem; 2010 | Eventos adversos relacionados ao uso de cateteres venosos centrais em recém-nascidos hospitalizados |
| A3 | Derdried Athanasio Johann, Mitzy Tannia Reichembach Danski, Edivane Pedrolo, Luciana Souza Marques De Lazzari, Priscila Mingorance | Revista Mineira de Enfermagem; 2010 | Avaliação de um cuidado de enfermagem: o curativo de cateter central de inserção periférica no recém-nascido |
| A4 | Zaira Simas Rodrigues, Edna Maria Camelo Chaves, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso | Revista Brasileira de Enfermagem; 2006 | Atuação do enfermeiro no cuidado com o cateter central de inserção periférica no recém-nascido |
| A5 | Edinéia Machado de Freitas, Zigmar Borges Nunes | Revista Mineira de Enfermagem; 2009 | O enfermeiro na práxis de cateter de inserção periférica em neonato. |
| A6 | Maria Aparecida Baggio, Fernanda Cardoso da Silva Bazzi, Cassia Alcionara Conte Bilibio | Revista Gaúcha de Enfermagem; 2010 | Cateter Central de Inserção Periférica: descrição da utilização em UTI Neonatal e Pediátrica |

A partir do quadro 1, descreve-se que as produções foram publicadas nos períodos de 2006 a 2010, com frequência de quatro produções no ano de 2010 e uma produção no ano de 2006 e 2009 respectivamente. No que tange a abordagem metodológica dos artigos, destaca-se que todos são estudos descritivos de abordagem quantitativa. As temáticas abordadas pelos artigos foram: Investigar o conhecimento teórico-técnico dos enfermeiros acerca da inserção do PICCA1, Eventos adversos relacionados à utilização do PICCA2, Descrição do curativo do PICC em neonatologiaA3.

Atuação do enfermeiro no manejo do PICC em RN de riscoA4 e Descrever a utilização do PICC em neonatologia intensiva.A5-A6 Acerca do conhecimento teórico-técnico da utilização do PICC, destaca-se que os enfermeiros reconhecem a importância de orientação e esclarecimento aos familiares, porém, metade deles, não soube realizar a mensuração correta do cateter, para inserção em membros superiores. O mesmo autor ainda destaca que 67,7% dos enfermeiros estudados, denotaram conhecimento ruim em relação à inserção do PICC.A1 Em pesquisa realizada com 23 profissionais, sendo 19 técnicos de enfermagem e quatro enfermeiras de uma UTIN de um hospital do Sul de Minas Gerais, observou-se que a grande maioria da equipe de enfermagem não possui um bom conhecimento teórico e prático sobre o PICC, desconhecendo cuidados de extrema importância para o manuseio e manutenção do cateter, o qual evitaria complicações nos recém-nascidos prematuros e o aumento do período de internação e infecções.8 Com relação aos eventos adversos decorrentes da utilização do PICC, 216 cateteres foram inseridos, e destes, 103 apresentaram eventos adversos, predominando a oclusão (19,44%) e a ruptura do cateter (8,8%).A2 Em estudo transversal, realizado com 67 recém-nascidos, que foram submetidos a 84 inserções de PICC, evidenciou-se que os motivos mais frequentes de remoção não eletiva do PICC foram a obstrução (13,1%), seguida da ruptura do cateter (9,5%).5 A obstrução do cateter é dividida em mecânica, trombótica e não-trombótica. A mecânica é causada por dobras ou compressão do lúmen do cateter. A obstrução trombótica ocorre pela formação de coágulos interna ou externamente ao cateter. A oclusão não-trombótica pode ocorrer como consequência da cristalização intralumial de medicamentos incompatíveis ou nutrição parenteral.3 Quanto à descrição do curativo do PICC, constatou-se que dos dez curativos realizados em quatro neonatos, dois foram realizados após a inserção e oito de manutenção. No que diz respeito ao tipo de curativo, o de pós-inserção foi realizado de forma compressiva, com gazes estéreis e fita adesiva. Após 24 horas da inserção do PICC, todos foram substituídos por material de poliuretano transparente, sendo denominados curativos de manutenção.A3 Os curativos foram realizados de acordo com técnica asséptica e não ocorreram intercorrências durante a realização dos mesmos.A3 Quanto à cobertura do óstio de inserção do cateter, são recomendados tanto curativos de gaze estéreis e fita adesiva quanto curativo transparente de poliuretano, sendo preferível a gaze caso haja exsudato ou sudorese. A troca do curativo transparente deve ocorrer a cada sete dias, a não ser que esteja úmido, solto ou apresentar qualquer outra condição que comprometa sua esterilidade. Para curativos de gaze e fita, o regime de troca indicado é a cada dois dias.9

Com relação ao manejo do PICC, os dados foram coletados com 17 enfermeiros, verificou-se que 09 citaram a veia basílica como a mais indicada. Os cuidados referidos por todos os enfermeiros como os mais importantes, foram a lavagem das mãos antes e após o manuseio do cateter e a lavagem do cateter antes e após as medicações. A troca do curativo por falta de integridade foi citada 14 vezes.A4 Em pesquisa realizada com a equipe de enfermagem, constatou-se que 65% dos profissionais entrevistados sabem os cuidados adequados de enfermagem para a prevenção de infecções do PICC, os quais foram, lavar as mãos com água e sabão antes e após manusear o cateter e o circuito, utilizar solução degermante antes e após manusear o cateter e o circuito e friccionar álcool a 70%, por três vezes durante 20 segundos nas conexões e tampas rosqueadas utilizando gaze estéril, ao manusear o cateter.[8] Quanto à inserção, manutenção e remoção do PICC, a veia preferencial para punção foi à basílica.A4-A6 Esta escolha se dá principalmente por ser um grande vaso, menos tortuoso e com menor número de válvulas.[10] O tempo máximo de permanência foi de 14,5 dias e foi removido em razão do término da terapêutica intravenosa.A5-A6 Tal achado corrobora com os encontrados na literatura, no que refere ao sítio de inserção, o motivo da retirada e o tempo de permanência.[11,12] O agente microbiano encontrado foi o Stafilococos aureus.A5-A6

## CONCLUSÃO

A partir do exposto, pode concluir-se que a produção da enfermagem brasileira referente ao conhecimento teórico-técnico do processo do PICC ainda apresenta-se bastante incipiente. Esta produção centra-se na região sul, seguida da sudeste e está vinculada predominantemente a programas de pós-graduação, seguida da graduação. Os achados apontaram que a obstrução e a ruptura do cateter são os principais eventos adversos responsáveis pela remoção não eletiva do PICC. A veia preferencial para inserção do PICC é a basílica. A rigorosa lavagem das mãos e a troca dos curativos são cuidados de enfermagem extremamente importantes na manutenção do cateter e no controle das infecções relacionadas ao PICC. Quanto à inserção, manutenção e remoção do PICC, os achados são semelhantes aos encontrados na literatura. Estudos com uma abordagem quantitativa são os mais utilizados pelos enfermeiros pesquisadores dessa temática. Tal resultado, ainda instiga a realização de estudos qualitativos, a fim de que a dimensão subjetiva do processo de utilização do PICC seja investigada, enriquecendo a construção do conhecimento da enfermagem em terapia intravenosa neonatal. A partir disso, recomenda-se a realização de estudos, que contribuam com a construção do conhecimento acerca da temática do PICC e da terapia intravenosa neonatal a fim de melhorar a qualificação profissional na temática bem como o fortalecimento e consolidação da construção do conhecimento em enfermagem. Além disso, é necessário que todos os profissionais da equipe de enfermagem recebam qualificação no procedimento de inserção, manutenção e remoção do cateter e que ocorra treinamento para técnicos e auxiliares de enfermagem

quanto os cuidados de manutenção do cateter, proporcionando uma melhor qualidade na assistência prestada ao recém-nascido.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado.

**REFERÊNCIAS**

1Costa P, Bueno M, Alves AM, Kimura AF. Incidence of nonelective removal of percutaneously inserted central catheters according to tip position in neonates. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2013 May-Jun; 42(3): 348-56.

2Lourenço AS, Ohara CVS. Conhecimento dos enfermeiros sobre a técnica de inserção do cateter central de inserção periférica em recém nascidos. Rev Latino Am Enferm. 2010 Mar-Abr; 18(2): 49-56.

3Montes SF, Teixeira JBA, Barbosa MH, Barichello E. Ocorrência de complicações relacionadas ao uso de Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC) em recém-nascidos. Enfermería Global. 2011 Out; (24):10-18.

4Motta PN, Fialho FA, Dias IMAV, Nascimento L. Cateter central de inserção periférica: o papel da enfermagem na sua utilização em neonatologia. HU Revista. 2011 Abr-Jun; 37(2):163-168.

5Costa P, Kimura AF, Vizzotto MPS, Castro TE, West A, Dorea E. Prevalência e motivos de remoção não eletiva do cateter central de inserção periférica em neonatos. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(3):126-133.

6Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN n. 258, de 12 de julho de 2001: inserção de cateter periférico central pelos enfermeiros [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Conselho Federal de Enfermagem; 2001 [citado 25 jul 2013]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2582001_4296.html

7Minayo MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

8Teixeira AC, Pereira EL, Silva M. O conhecimento da equipe de enfermagem sobre o manuseio do cateter central de inserção periférica- picc em uma UTIN de um hospital do Sul de Minas [trabalho de conclusão de conclusão de curso]. Varginha: Universidade José do Rosário Vellano. Curso de Enfermagem; 2009. 84 p.

9Johann DA, Delazzari LSM, Pedrolo E, Mingorance P, Almeida TQR, Danski MTR. Cuidados com cateter central de inserção periférica no neonato: revisão integrativa da literatura. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(6):1503-11.

10Stolfi I, Boccanera F, Chiara C, Ticchiarelli A, Fassi C, Giannini L et al. Central venous lines and how to manage them. Early Human Development. 2009 Out; 85 Suppl 10:83-4.

11Ormond VS, Azevedo RCS, Gaiva MAM, Oliveira DFL. Perfil dos recém-nascidos que utilizaram o cateter central de inserção periférica (CCIP) em um Hospital Universitário: Estudo Transversal. Online Brazilian Journal of Nursing. 2010; 9(3).

12Gomes AVO, Nascimento MAL, Antunes JCP, Araújo MC. O cateter epucutâneo na unidade de terapia intensiva neonatal: uma tecnologia do cuidado de enfermagem. Enfermería Global. 2010 Jun; (19):01-13.

# O USO DE TECNOLOGIAS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁGICA

# USE OF TECHNOLOGY IN NURSING CARE: A REVIEW BIBLIOGRÁGICA

# USO DE LA TECNOLOGÍA EN ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁGICA

BRUINSMA,Jamile Lais[1]
BEUTER, Margrid[2]
BOTH, Juliane Elis[3]
SEIFFERT, Margot Agathe[4]
BRONDANI, Cecília Maria[5]
ROSO, Camila Castro[6]
SILVA, Matheus Souza[7]
SILVA, Júlia Heinz[8]

1 Relatora. Aluna da Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
2 Orientadora do Estudo. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf – Curso de Mestrado da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS.
3 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf- Curso de Mestrado da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS.
4 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf- Curso de Mestrado da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS.
5 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. Mestre em Enfermagem do PPGEnf da UFSM.
6 Enfermeira. Mestre em Enfermagem do PPGEnf da UFSM. Doutoranda na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
7Aluno da Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
8 Aluna da Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**RESUMO:** O avanço tecnológico está presente em todas as áreas do conhecimento, inclusive na saúde. O surgimento de novas técnicas e instrumentos tem exigido maior conhecimento e habilidade dos profissionais de enfermagem. Percebe-se que o uso das tecnologias vem tornando-se cada vez mais necessários, especialmente frente às condições de cronicidade. Assim, este estudo tem por objetivo analisar as publicações descrever as repercussões relativas ao uso de tecnologias no cuidado de enfermagem. Caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura no período de 2008 a 2013 nas bases de dados LILACS e CINAHL. Os estudos apontam que se as tecnologias utilizadas adequadamente

podem facilitar e qualificar o cuidado de enfermagem aos pacientes. Os profissionais de enfermagem devem desenvolver habilidades de trabalhar sem manter o foco somente nestas ferramentas e focar também no cuidado humanizado ao paciente. Percebe-se que há necessidade de realizar mais estudos sobre a temática.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Tecnologia; Enfermagem.

**ABSTRACT:** Technological advancement is present in all areas of knowledge, including health. The emergence of new techniques and instruments has required greater knowledge and skill of professional nursing. It is noticed that the use of technology is becoming increasingly necessary, especially in the face of chronic conditions. Thus, this study aims to examine the publications describing the impact on the use of technology in nursing care. Characterized as a review of the literature in the period 2008-2013 in the databases LILACS and CINAHL. Studies indicate that the technologies used properly can facilitate and enhance the nursing care to patients. Nursing professionals must develop skills to work without keeping the focus only on these tools and also focus on humanized care to the patient. It is noticed that there is a need for further studies on the subject.

**Descriptors:** Nursing Care; Technology; Nursing.

**RESUMEN:** El avance tecnológico está presente en todas las áreas del conocimiento, como la salud. La aparición de nuevas técnicas e instrumentos se requiere un mayor conocimiento y habilidad de la enfermería profesional. Se dio cuenta de que cada vez es más necesario el uso de la tecnología, especialmente en la cara de las condiciones crónicas. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo examinar las publicaciones que describen el impacto en el uso de la tecnología en la atención de enfermería. Caracterizado como una revisión de la literatura en el período 2008-2013 en las bases de datos LILACS y CINAHL. Los estudios indican que las tecnologías utilizadas correctamente pueden facilitar y mejorar la atención de enfermería a los pacientes. Los profesionales de enfermería deben desarrollar habilidades para trabajar sin tener el foco sólo en estas herramientas, así como centrarse en la atención humanizada al paciente. Se dio cuenta de que existe la necesidad de realizar más estudios sobre el tema.

**Descriptores:** Cuidado de Enfermería; Tecnología; Enfermería.

**INTRODUÇÃO:**

A cada ano grandes avanços e transformações tecnológicas estão presentes em todas das áreas do conhecimento, destacando-se a área da saúde. O surgimento de novas técnicas e instrumentos tem exigido maior conhecimento e habilidade dos profissionais da saúde, para a realização do cuidado. Nesta perspectiva, o contexto do cuidado de enfermagem vem

sendo influenciado por estas mudanças produzidas no âmbito da tecnologia o que tem gerado diversas inquietações e indagações acerca dos benefícios, riscos e das relações construídas entre trabalhadores, doentes e a utilização de tecnologias como instrumentos imprescindíveis ao cuidado de enfermagem[1]. O termo tecnologia é definido como um conjunto de ações, as quais incluem métodos, procedimentos, técnicas, equipamentos e outros instrumentos, aplicados com conhecimento científico, envolvendo diversos saberes e habilidades[2]. No processo de trabalho em saúde, as tecnologias podem ser classificadas como: duras, que consistem em instrumentos, máquinas, normas e estruturas organizacionais; leve-duras, que são as formas de conhecimento concebidas por um objeto de como usá-lo, repará-lo, projetá-lo e produzi-lo; e as tecnologias leves, que estão vinculadas com as relações humanas, acolhimento e gestão de serviços[3]. Quanto aos avanços tecnológicos, a primeira revolução técnico-científica que ocorreu entre o final do século XVIII e o início do século XIX, apresenta entre as principais transformações a substituição na produção, da força física do homem pela energia das máquinas. A partir deste momento a tecnologia passa a ser compreendida como o estudo ou a atividade da utilização de teorias, métodos e processos científicos, para solução de problemas técnicos. Quando utilizada em favor da saúde, a tecnologia pode contribuir com a qualidade, a eficácia, a efetividade e a segurança no cuidado proporcionando um viver saudável entre os indivíduos na sociedade[4]. Contudo, evidencia-se que as tecnologias presentes em ambientes de cuidado, bem como aquelas que são incorporadas com o objetivo de contribuir com a recuperação dos clientes, interferem nas ações e comportamentos dos profissionais de enfermagem que são realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer e consequentemente interferem no processo de cuidar[5]. Deste modo, a tecnologia não pode ser vista como algo concreto, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações com a finalidade de aumentar e melhorar o tratamento e o cuidado por meio da prática em saúde. O controle da tecnologia pelos profissionais garante o seu uso de forma segura e eficaz, minimizando o stress para quem a utiliza ou a opera, o que permite um cuidado mais humanizado sobre a prática tecnicista, enfatizando-se a necessidade da capacitação técnica e científica dos profissionais[6]. Outro fato que merece destaque em relação ao uso de tecnologias, é que diante do aumento da expectativa de vida populacional, há um aumento expressivo nos índices de doenças crônicas, o que acarreta consequentemente um crescente número de doentes crônicos dependentes de tecnologias para sobreviver. Neste sentido, percebe-se o grande número de doentes crônicos que requerem artefatos tecnológicos para obter uma condição clínica compatível com a recuperação e/ou sobrevivência, não só no ambiente hospitalar, mas também no ambiente domiciliar. Diante disso, é necessária uma maior compreensão sobre as tecnologias de cuidado e refletir como estes artefatos estão sendo inseridos no processo de cuidado de enfermagem durante as práticas assistências. Assim, o presente estudo tem como pergunta de pesquisa: Quais as publicações existentes referentes ao cuidado de enfermagem na presença de tecnologias? **OBJETIVO:**Tem-se como

objetivo do estudo analisar as publicações descrever as repercussões relativas ao uso de tecnologias no cuidado de enfermagem.

**METODOLOGIA**

O estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, que apresenta uma temática mais aberta, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção, a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva[7]. A busca ocorreu no mês de julho de 2013 nas bases de dados SCIELO *(Scientific Electronic Library Online)* e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)*. Na SCIELO foi utilizado o formulário avançado com os descritores de assunto "cuidados de enfermagem" *and* "tecnologia", conforme o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). Na CINAHL utilizaram-se os descritores *"nursing care" and "technology".* Em ambas selecionamos as seguintes opções para os idiomas: "espanhol" *or* "inglês" *or* "português". Os critérios de inclusão utilizados para a seleção das produções foram: artigos na íntegra disponíveis online gratuitamente nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, publicados nos últimos cinco anos, até julho de 2013. Como critérios de exclusão foram utilizados: produções oriundas de teses, dissertações e monografias, com resumos ausentes ou incompletos e que não atendiam a temática do estudo. A busca inicial resultou em 32 produções científicas na SCIELO e 1661 na CINAHL. Aplicando os critérios de inclusão e exclusão, das 32 produções encontradas na SCIELO, foram excluídas 23 por não corresponder à temática e por serem estudos publicados a mais de cinco anos atrás, restando então nove publicações para nosso estudo. Na CINAHL utilizamos a opção para refinar os resultados, optando pelas produções nos últimos cinco anos, textos completos e estudos com todos os adultos, incluindo os idosos. Após esses critérios restaram 52 produções. Das 52 produções, foram descartadas 42 pesquisas por estar incompletas, não corresponder à temática ou que não foram encontradas disponíveis, assim, responderam aos critérios de inclusão nessa base de dados, 10 produções científicas. Dois artigos encontravam-se nas duas bases de dados, dessa forma, fizeram parte do corpus de análise da revisão 19 artigos científicos. A análise das produções foi realizada por meio da análise temática, constituindo-se em três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação8. Primeiramente foi realizada uma leitura flutuante dos artigos, após foram elaborados dois quadros analíticos, um contendo o ano da publicação, o país onde foi realizada a pesquisa, o periódico, a área dos autores, o tipo de estudo, os sujeitos e o objetivo dos estudos, e outro contendo os resultados e as conclusões das pesquisas. Por meio dos dados contidos nos quadros analíticos pode-se caracterizar os estudos.

**RESULTADOS**

Dos 19 artigos selecionados, um foi publicado no ano de 2008, cinco em 2009, três em 2010, quatro em 2011, quatro em 2012 e dois em 2013. Os países onde foram realizadas as pesquisas foram Estados Unidos, com uma, Inglaterra, com duas, Tailândia com uma e as 15 restantes foram realizadas no Brasil. Destacam-se os estados brasileiros do Rio de Janeiro com seis publicações e o de Santa Catarina com cinco. A enfermagem predominou como área dos autores. Quanto ao tipo de pesquisa oito eram pesquisas de campo, quatro revisões de literatura, um estudo de caso e seis artigos caracterizam-se como sendo de reflexão. Das pesquisas de campo, cinco eram pesquisas qualitativas e três eram quali-quantitativas. Sobre os sujeitos das pesquisas de campo a maioria dos estudos foi realizada com enfermeiros, totalizando cinco estudos, um com acadêmicos de enfermagem, um com familiares e outro com pacientes. Grande parte dos estudos aborda sobre as tecnologias utilizadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pois o cuidado ao doente crítico envolve a utilização de um arsenal tecnológico específico e que exige especialmente dos enfermeiros, conhecimentos e habilidades tanto no que se refere à operacionalização de máquinas quanto a sua adequação às necessidades de quem depende dela[1]. Destacou-se a presença de tecnologias de informação utilizadas no cuidado de enfermagem em UTI que foram a CIPE® versão 1.0 e a tecnologia Wiki. A CIPE® versão 1.0 que serviu de referência ao estudo é um sistema de classificação padronizado, estabelece os diagnósticos de enfermagem, os resultados e as intervenções do enfermeiro de acordo com as necessidades prioritárias de saúde do cliente[9]. Na avaliação realizada pelos enfermeiros de uma UTI sobre utilização deste sistema de classificação mundial constata-se uma melhora na organização e o desenvolvimento do raciocínio lógico no processo de assistir/cuidar dos clientes internados, pois permitiu a estes estabelecer uma relação concreta entre as avaliações clínicas, os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem através das ferramentas informatizadas. O Wiki é definido como um sistema livremente expansível de paginas *web* interligadas num sistema de hipertexto para armazenar e modificar informação - um banco de dados, onde cada pagina e facilmente editada por qualquer usuário com um navegador de *internet*[10]. Sua estrutura foi produzida visando oferecer uma integração do conhecimento de diversas áreas por meio de associações variadas, inclusive fatores socioculturais, linguísticos e acadêmicos. A ferramenta Wiki foi considerada pelos acadêmicos de enfermagem uma tecnologia coerente, efetiva, possível e consistente, pois permitiu o acesso a informação sobre ventilação mecânica em UTI de forma rápida, fácil e segura em tempo real. A integração das tecnologias de informação ao cuidado em enfermagem é um desafio complexo e também global quando se buscam, por meio destas tecnologias, a interação, a associação, a interdependência e a inter-relação dos componentes constituintes ou relacionados direta e indiretamente ao cuidado, seja o social, seja o educativo, o afetivo, o econômico, o político, o psicológico[10]. Outra ferramenta tecnológica citada em um artigo[11] americano é a Tele-UTI que permite que enfermeiros de cuidados intensivos e outros especialistas em cuidados críticos, coordenem a assistência ao paciente

em colaboração com a equipe da beira do leito em uma UTI, geograficamente dispersos por meio de imagens no sistema. A maioria dos familiares entrevistados avaliou o sistema favorável, porém criticaram a falta de privacidade de seus familiares. A instrumentalização do enfermeiro acerca da utilização, riscos e benefícios do uso das tecnologias, no cuidado de enfermagem ao doente crítico, constituem-se em elementos essenciais que determinam não só um cuidado de qualidade e isento de riscos evitáveis, mas, principalmente, mais humanizado1. Sobre a prática dos enfermeiros estudo[5] refletiu que é importante conhecer como o enfermeiro vem enfrentando as transformações que se colocam no cotidiano da prática de cuidar, à luz das tecnologias cotidianamente incorporadas, e de que forma isso implica nas suas atitudes e modos de agir. Também se reflete sobre o impacto da tecnologia no cuidado, que devemos compreender o que determina se uma tecnologia é boa ou ruim, se ela desumaniza, despersonaliza ou objetiva o cuidado, não é a tecnologia por si só, mas de que maneira é utilizada pelos profissionais. Além disso, a incorporação das novas tecnologias vem imprimindo mudanças gradativas nos cuidados prestados pelo enfermeiro, gerando medo e angústia para alguns, enquanto para outros representa status, incentivo à busca de aperfeiçoamento técnico-científico, determinando condutas ambivalentes de maior proximidade ou afastamento do cliente.[5] Uma pesquisa de campo[12] dentre os estudos incluídos na revisão trata sobre enfermeiros sem experiência atuando em UTI, onde apresenta-se que estes preocupam-se em aprender sobre as tecnologias e acabam afastando-se dos clientes internados. Além disso, os impactos de uma assistência prestada por um profissional não qualificado perpassam pelo negligenciamento do uso da tecnologia no cuidado, assim como o uso não fundamentado da mesma pode prejudicar a saúde do cliente de modo irreversível, visto que se encontra num quadro em que suas funções vitais estão suscetíveis a rápidas mudanças[12]. O cuidado de enfermagem, seus processos gerenciais e ações práticas podem ser facilitados pelas tecnologias, todavia nenhuma tecnologia poderá substituir a relação e a compreensão intersubjetiva entre os seres humanos[13]. Estudo[14] abordou a temática do nível de confiança que os enfermeiros apresentam em relação à tecnologia em UTI, os resultados constataram que os enfermeiros possuem altos níveis de confiança nos aparelhos e isso pode levar à complacência e à falta de monitorar o seu funcionamento de forma adequada, refletindo de forma negativa aos pacientes. O enfermeiro precisa entender e dominar a linguagem tecnológica de modo que a traduza em prol do cuidado ao cliente. A tecnologia amplifica os sinais que provêm do corpo do cliente e a sua não compreensão contribui para que o enfermeiro se afaste do cliente[12]. Ainda no ambiente da UTI, estudo[15] realizado sobre a experiência de vida de pacientes dependentes de tecnologias enquanto sendo atendidos em UTIs da Tailândia, mostrou que esses pacientes estavam vivendo em sofrimento, e não sentiam-se como participantes no cuidado e sim como objetos de cuidado da equipe de enfermagem. Neste sentido, compreende-se que cabe à enfermagem proporcionar intervenções para ajudar os pacientes a aliviar seu sofrimento, promovendo conforto para que a ansiedade, stress, desespero e insegurança podem ser prevenidos ou aliviados[15]. Os enfermeiros devem oferecer oportunidades para os

pacientes a compartilhar e discutir a experiência da doença, buscar formas de compreensão mais clara e descobrir o significado de viver como um ser humano dependente da tecnologia. Ainda, estudo16 abordou sobre a dependência de tecnologias fora de uma UTI, onde a partir de entrevista com uma cuidadora de criança dependente de tecnologia, conclui-se que a enfermagem tem um papel fundamental no cuidado a essas crianças e suas famílias, tendo o compromisso de ampará-las no processo de transição para o domicílio, promovendo orientações de enfermagem e um posterior acompanhamento. Isso vale também ao cuidado com pacientes adultos e idosos, que por decorrência de traumas e complicações das doenças crônicas, acabam ficando dependentes de tecnologias.

**CONCLUSÕES**

As produções científicas relacionadas a utilização de tecnologias na assistência a saúde, apontam que se as tecnologias utilizadas adequadamente podem facilitar e qualificar o cuidado de enfermagem aos pacientes, tanto no ambiente hospitalar quanto domiciliar. As novas tecnologias têm exigido dos profissionais um maior conhecimento e habilidades, para isso os profissionais devem desenvolver habilidades de trabalhar sem manter o foco somente nestas ferramentas e focar também no cuidado humanizado ao paciente. Integrar a tecnologia e o cuidado humano, ou seja, aliar a intersubjetividade no cuidado de enfermagem continua sendo um árduo desafio na prática. Percebe-se que há necessidade de realizar mais estudos sobre a temática, em locais diferentes de uma UTI, pois as tecnologias perpassam este ambiente. Além disso, percebe-se que há a necessidade de realizarem-se estudos que abordem o uso de tecnologias na perspectiva de pacientes e familiares.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado.

**REFERÊNCIAS:**

1. Schwonke CRGB, Lunardi Filho WDF, Lunardi VL, Santos SSC; Barlem ELD. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília 2011 jan-fev; 64(1): 189-92.

2. Arone EM, Cunha I. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integridade da assistência. **Rev. Bras. Enferm**. 2007. Nov-Dez; 60(6):721-3

3. Mehry EE. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato.** São Paulo (SP): HUCITEC; 2002.

4. Arone EM, Cunha ICKO. Avaliação tecnológica como competência do enfermeiro: reflexões e pressupostos no cenário da ciência e tecnologia**. Rev. Bras. Enferm.** [Scielo-Scientific Electronic Library Online] 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a19v59n4.pdf.

5. Silva RC, Ferreira MA. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.** 2009, jan-mar; 13 (1): 169-173.
6. Sá Neto JA, Rodrigues BMRD. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 372-7.

7. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul Enferm.** 2007; 20(2):5-6.

8. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

9. Barra DCC, Dal Sasso GTM. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da Cipe 1.0®. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 54-63.

10. Barra DCC, Dal Sasso GTM, Martins CR, Barbosa, SFF. Avaliação da tecnologia Wiki: ferramenta para acesso à informação sobre ventilação mecânica em Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasilia 2012 mai-jun; 65(3): 466-73.

11. Jahrsdoerfer M, Goran S. Voices of family members and significant others in the Tele–Intensive Care Unit**. Critical Care Nurse.**, 2013, february; 33(1):58-67.

12. Silva RC, Ferreira MA. Tecnologia na terapia intensiva e suas influências nas ações do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(6):1403-11.

13. Baggio MA, Erdmann AL, Dal Sasso GTM. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 378-85.

14. Browne M, Cook P. Inappropriate trust in technology: implications for critical care nurses. **Nursing in Critical Care,** 2011; British Association of Critical Care Nurses, 16(2): 92-98

15. Locsin RC, Kongsuwan W. Lived experience of patients *being cared for* in ICUs in Southern Thailand. **Nursing in Critical Care** 2013, British Association of Critical Care Nurses, 8(4):200-211.

16. Okido ACC, Pizzignacco TMP, Furtado MCC, Lima RAG. Criança dependente de tecnologia: a experiência do cuidado materno. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(5):1066-1073

# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM ÚLCERAS POR PRESSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

# NURSING INTERVENTIONS TO ELDERLY WITH PRESSURE ULCERS: EXPERIENCE REPORT

# INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA AL ANCIANO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN: UN RELATO DE EXPERIENCIA

SILVA, Matheus Souza[1]
PEDRO, Cecília Mariane Pinheiro[2]
JACOBI, Caren da Silva[3]
BRUINSMA, Jamile Lais[4]
BEUTER, Margrid[5]
GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira[6]

1 Aluno da Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail para contato: matheus_souza_silva@hotmail.com
2 Aluna da Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa: Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem.
3 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem.
4 Aluna da Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem.
5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem.
6 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**RESUMO:** As úlceras por pressão são lesões comuns em pacientes acamados por longos períodos e privados de movimentos. **Objetivo:** relatar a experiência vivenciada junto ao paciente com úlceras por pressão e sua família, que passaram por um período de hospitalização. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência de graduandos em enfermagem que vivenciaram a abordagem ao paciente com úlcera por pressão durante a internação no Hospital Universitário de Santa Maria no período de 03 a 25 de junho de 2013. **Resultados:** realizaram-se diagnósticos de enfermagem e após foram traçados planos de realização de curativos e mudança de decúbito, além de orientar a familiar a realizar medidas preventivas nas áreas suscetíveis ao desenvolvimento de lesão. **Conclusões:** O

profissional de enfermagem pode proporcionar medidas curativas ao paciente que tem uma úlcera por pressão visando tratá-la e também realizar intervenções que visem à prevenção destas lesões.

**DESCRITORES:** enfermagem; úlcera por pressão; hospitalização;

**ABSTRACT:** Pressure ulcers are common lesions in long term bedridden patients deprived of movements**. Goal:** report the lived experience with pressure ulcer patients and their families during the hospitalization period. **Methods:** It's an experience report by Nursing undergraduates students that experienced the assistance to patients with pressure ulcer during the hospitalization period in the Teaching Hospital of Santa Maria between June 3rd and June 25th of 2013. **Results:** It was developed Nursing diagnosis and after that it was planned dressing's execution and position changes, besides advising the family to perform preventive measures in the areas more likely to develop lesions. **Conclusion:** The Nursing professional can provide healing care to the patient with a pressure ulcer aiming to treat it but also make preventive interventions to avoid those injuries.

**DESCRIPTORS:** nursing; pressure ulcer; hospitalization;

**RESUMEN:** Las úlceras por presión son lesiones comunes en los pacientes encamados durante largos períodos y privados de movimientos. **Objetivo:** Presentar la experiencia con los pacientes con úlceras por presión y su familia, que pasaron por hospitalización. **Metodología**: se trata de un relato de experiencia de los estudiantes de enfermería que experimentaron abordaje del paciente con úlceras por presión durante el ingreso en el Hospital Universitario de Santa María en el período 03- 25 junio de 2013. **Resultados**: Se realizaron diagnósticos de enfermería y después se elaboraron planes para realización de los apósitos y modificaciones de las posiciones, además de orientar la familia para realizar masajes en las zonas susceptibles al desarrollo de la lesión. **Conclusiones**: El profesional de enfermería puede proporcionar medidas curativas a el paciente que tiene una úlcera por presión con el fin de tratar, así como las intervenciones dirigidas a la prevención de estas lesiones.

**DESCRIPTORES:** enfermería; úlcera por presión; hospitalización;

## INTRODUÇÃO

Ferida ou úlcera é qualquer lesão que leve a uma ruptura da continuidade da pele, existindo várias causas para que isso ocorra, tais como: causas traumáticas, cirúrgicas, vasculares, infecciosas e/ou por pressão contínua. As úlceras por pressão ou úlceras por decúbito, são crônicas, ou seja, de longa duração.[1] As úlceras por pressão (UPP) ou de decúbito são lesões que podem acometer os tecidos cutâneo e subcutâneo, envolvendo por vezes tecido

muscular e até mesmo ossos e articulações, levando à destruição parcial ou total dessas estruturas. É comum em pacientes acamados por longos períodos e privados de movimentos, ocasionando quadro de compressão tecidual, lesão isquêmica e consequente necrose.[2] A pressão é considerada o principal fator causador desse tipo de lesão, pois quando o tecido mole do corpo é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, causa uma pressão maior que a pressão capilar, resultando na isquemia localizada. A resposta normal do corpo é a mudança de decúbito, para que a pressão capilar seja redistribuída, surgindo uma área denominada de hiperemia reativa, uma vez que ocorre o aumento temporário do fornecimento de sangue para esta área, retirando toxicidades, trazendo oxigênio e nutrientes.[3] Outro fator que contribui para o surgimento da UPP é a incontinência urinária, que contribui para a maceração da pele, e a fecal, a qual aumenta a sujidade da UPP. O banho constante, motivado pelas incontinências urinária e fecal, remove os óleos naturais do corpo, causando ressecamento. Embora não se tenha uma evidência clara sobre as incontinências, estudo4 as refere como fator de risco para o desenvolvimento de UPP. O estado nutricional também influencia no desenvolvimento da UPP, uma vez que o estado mental alterado e déficit cognitivo podem interferir na incapacidade de alimentar-se pela boca, história de perda de peso involuntário, imobilidade, podem prejudicar a elasticidade, e cronicamente levam à anemia e à redução de oxigênio nos tecidos. A desnutrição, que aumenta, muitas vezes, a exposição das proeminências ósseas gerando mais fricção e cisalhamento, vem sendo considerada fator de risco para o desenvolvimento de UPP.[3] [4] As UPP podem ser evitadas por meio de um plano de prevenção, onde as medidas são estabelecidas preferencialmente por enfermeiros, embora muitas vezes sejam elaborados em conjunto com médicos. O alívio da pressão é a principal estratégia utilizada na profilaxia da UPP. Um dos métodos mais comuns para evitar a formação da UPP consiste no reposicionamento do paciente.[3] Salienta-se a importância em realizar regularmente a inspeção da pele, pois esta ação proporciona dados básicos sobre o estado da pele no início do cuidado e informações contínuas sobre a eficácia do plano de prevenção da UPP. A avaliação da pele envolve: avaliação das proeminências ósseas, identificação das condições da pele (ressecamento, fragilidade, eritema e áreas de maceração que são vulneráveis a lesões dos tecidos). Deve-se avaliar também a cor da pele, levando-se em consideração o ressecamento, rachaduras ou endurecimento. O uso de alguns dispositivos como travesseiros, os quais quando colocados abaixo de um dos glúteos e sob cada perna, promove um afastamento do sacro e calcâneos do colchão. Em casos de pele muito seca, faz-se necessário o uso de emolientes, durante o banho ou em forma de cremes.[3] Com o aumento da expectativa de vida, devido à redução das taxas de fecundidade, as doenças crônicas não transmissíveis estão acometendo, com maior incidência a população idosa que muitas vezes sofre sequelas, sendo necessário acamá-la, o que pode resultar no desenvolvimento de UPP. Assim, cabe a Enfermagem, preferencialmente, conhecer o contexto em que esta população vive para que se possa elaborar um plano de cuidados para a prevenção de UPP ou a adoção de medidas curativas.

Na busca pela qualidade da assistência nos serviços de saúde, é importante reconhecer a UPP como um problema extenso, capaz de interferir nela. Portanto, é essencial que não só os enfermeiros, mas toda a equipe multiprofissional sinta-se envolvida e comprometida em conhecer e entender o que são as úlceras por pressão, suas causas e os fatores de riscos, a fim de programar ações efetivas de prevenção e tratamento.[5] A partir do exposto, objetiva-se relatar a experiência vivenciada junto ao paciente com úlceras por pressão e sua família, que passaram por um período de hospitalização.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência de graduandos em enfermagem da UFSM que vivenciaram a abordagem ao sujeito portador de úlceras por pressão em um momento de internação hospitalar no Hospital Universitário de Santa Maria/HUSM. As intervenções foram propostas pela disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto, servindo como requisito de avaliação, devendo ser apresentadas ao final da disciplina em forma de Estudo de Caso. A escolha do tema foi por sorteio entre os graduandos. Para encontrar o paciente em estágio inicial da UPP foi realizado contato com os enfermeiros de unidades de internação do HUSM. As participações nas intervenções ocorreram no período de 03 a 25 de junho de 2013 na unidade de Clínica Médica II do HUSM. Este relato de experiência é baseado nas intervenções preventivas e curativas realizadas ao sujeito portador de úlceras por pressão e sua família.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No primeiro momento buscaram-se os dados do paciente assistido nas evoluções da equipe de enfermagem a fim de se estabelecer seu o histórico, seja ele: paciente D.P.V, sexo masculino, 79 anos, cor branca, ensino médio incompleto, aposentando, casado e reside apenas com a esposa, possui três filhos. É hipertenso e diabético, com diagnóstico médico de câncer de próstata há 39 anos, em tratamento com Ciproterona, e câncer de pele há 10 anos. Possui hérnia de disco em coluna cervical, de acordo com familiar, o paciente sempre teve parestesia em membros superiores, realizando cirurgia há aproximadamente uma década, ficando com sequela em membro superior direito. Passou por um período de recuperação de quatro meses, permanecendo na cama ou cadeira de rodas sem deambular, com posteriores exercícios fisioterápicos. Entre a intervenção cirúrgica há 10 anos e a recente em 2013, não ocorreu nenhum agravante de saúde que necessitasse de internação hospitalar, seguiu com acompanhamento com neurologista e médico da unidade básica de referência. Em de março de 2013, sofreu Acidente Vascular Cerebral hemorrágico (AVCh), causando queda da própria altura. Foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, unidade básica 149, que tiveram a conduta de empranchamento em maca rígida e oxigênio terapia em máscara de Hudson, a 15 litros/minuto, seguido o protocolo de ABCDE do trauma conforme *Advanced Trauma Life Support*.[6] No deslocamento do SAMU ao HUSM apresentava os seguintes dados: PA=130/90 mm/Hg;

FC=112 bpm; FR=26 mpm; Sat. O2= 93%, com Escala de Coma de Glasgow (ECG) = 14. Ao chegar ao HUSM, ECG = 8, tendo diagnósticos de Traumatismo Craniano Encefálico (TCE) e Hematoma Subdural Agudo (HSA) que é a acumulação de sangue nos espaços meníngeos, com desvio da linha média, chegando a ECG = 3 necessitando assim, de intervenção cirúrgica para drenagem do HSA e confecção de traqueostomia. Após cirurgia de drenagem cefálica foi encaminhado a Unidade de Tratamento Intensivo – UTI, onde ficou internado por 12 dias adquirindo a UPP na região sacrococcígea. Ao 14º dia de internação, foi encaminhado a Clínica Médica II do HUSM, onde passou por um período de aproximadamente 43 dias, reabilitando-se do AVCh e do TCE, fazendo uso de Sonda Nasoentérica (SNE) e Sonda Vesical em Sistema Fechado (SVSF). Foi encaminhado ao Serviço de Internação Domiciliar do HUSM/SIDHUSM, onde passou por avaliações e recebeu alta hospitalar em maio de 2013. Durante período de internação domiciliar, fazia uso de SNE e SVSF, quando a familiar foi orientada como administrar a medicação, dieta e também a desprezar a diurese, respectivamente. O serviço de Enfermagem classificou a Escala de Braden em 10, com resultado em alto risco para desenvolvimento de UPP, a qual possui seis parâmetros numéricos que identificam a percepção sensorial, atividade motora, umidade do local, mobilidade, condições nutricionais do paciente e intensidade da fricção e cisalhamento. Destes, três parâmetros medem os determinantes clínicos de exposição extensa e prolongada, e outros três mensuram a tolerância do tecido à pressão. A cada parâmetro, é atribuída uma pontuação de um a quatro, exceto fricção e cisalhamento, cujas medidas variam de um a três, totalizando entre seis a 23 pontos.[7] Também durante as visitas domiciliarias, a Enfermagem classificou as UPP em: sacral, grau II e no calcâneo em grau I. Destaca-se o Inventário de Sobrecarga de Zarit, que tem como finalidade mensurar a sobrecarga do cuidador, identificou a cuidadora, no caso a esposa, com sobrecarga moderada, pois ela não recebia auxílio dos filhos e não dividia as atividades com um cuidador profissional, necessitando assim intervenções que modificassem essa sobrecarga evitando um possível adoecimento.8 Na visita em junho de 2013, a médica do Serviço de Internação Domiciliar do HUSM encaminhou o paciente ao Pronto Socorro (PS) do HUSM, frente ao diagnóstico de uma possível pneumonia. Ao internar no HUSM, os exames, confirmaram este diagnóstico médico, utilizando os antibióticos Meropenem 100mg e Vancomicina 500 mg. Permaneceu em torno de cinco dias na sala de observação do PS, onde a UPP sacral, de grau II, passa a grau III, com grande área de tecido necrótico infectado, realizando desbridamento cirúrgico 10 dias depois. Além disso, ocorreu o desenvolvimento de UPP em regiões trocantéricas classificadas em grau II e outras em grau I na região do calcâneo e de ambas as escápulas. Procurou-se estabelecer alguns sinais e sintomas encontrados no paciente como: nas ulcerações trocantéricas foram: eritema ao redor, bolha superficial, houve o rompimento aproximadamente em três dias após sua formação. A úlcera da região sacrococcígea possuía uma mensuração de aproximadamente 20 cm2, com tecido necrótico de coloração esverdeada e odor fétido. As úlceras da escápula, com eritema, edema, aquecimento e endurecimento da pele. Após desbridamento

cirúrgico, a UPP sacrococcígea manteve-se em grau III, mas com necrose liquefativa e bordas granuladas, sendo iniciado o tratamento com Prontosan e Colagenase. Ficaram estabelecidos como diagnósticos de enfermagem: risco de infecção; déficit no autocuidado para banho/higiene; constipação; risco de glicemia instável; alteração na eliminação urinária e fecal; integridade da pele prejudicada; mobilidade física prejudicada; mobilidade no leito prejudicada; e perfusão tissular ineficaz. Como cuidados de enfermagem foram traçados os planos de realização dos curativos após o banho. Na úlcera da região sacrococcígea primeiramente foi realizado uma escarificação da lesão, que consiste em fazer cicatrizes na úlcera por meio de uma agulha fazendo com que a cobertura tenha um maior efeito, aplicava-se Hidrogel a fim de que o tecido necrótico, que se encontrava fortemente aderido, fosse amolecido para facilitar o desbridamento. Também foi utilizado Ácidos Graxos Essenciais (AGE), nas bordas com o propósito de hidratação da lesão e proliferação do tecido de granulação. Na segunda avaliação da lesão, decidiu-se suspender o hidrogel e começar a utilizar a papaína 8%, na busca de intensificar o processo de desbridamento químico. Nas úlceras das regiões trocantéricas, primeiramente foram utilizadas placas de hidrocolóide. Quando houve a ruptura da bolha, utilizou-se AGE com o propósito de hidratar. Nas úlceras das escápulas, também foi utilizado AGE, como forma de hidratação e prevenção da evolução dos graus. As úlceras dos calcâneos, além do AGE, utilizaram-se chumaços e ataduras visando propiciar conforto ao paciente e prevenir a evolução da úlcera. O acompanhamento realizado pelos acadêmicos deu-se no período de internação hospitalar, com nove visitas, em que os curativos foram realizados e a avaliação das lesões, sendo posteriormente informado aos enfermeiros da unidade. Na primeira visita realizou-se a identificação dos acadêmicos para a familiar, convidando o paciente para participar do estudo de caso. Salienta-se que a familiar aceitou participar do estudo sem objeções. Sendo assim, por meio de uma conversa com a familiar, obtiveram-se informações sobre o histórico de saúde do paciente, após realizamos o curativo da UPP sacrococcígea, cuja mensuração foi de aproximadamente 20 $cm^2$, apresentava extensa quantidade de tecido necrótico, com pouco tecido de granulação e as bordas estavam maceradas. As úlceras trocantéricas mantinham-se as placas de hidrocolóide, pois eram UPP de grau I. Nas demais, era mantido AGE, gazes, chumaços e atadura. Na segunda avaliação, o tecido necrótico apresentava uma fístula na porção superior à direita da lesão, com mesma mensuração, mantido hidrogel e AGE nas bordas, que se encontravam menos maceradas. As úlceras das regiões trocantéricas, com o rompimento da bolha, passaram de grau I para grau II, então se iniciou o uso de AGE, como forma de evitar sua evolução. As medidas terapêuticas estabelecidas foram o tratamento cirúrgico, em conversa com a residente da medicina interna. Após o desbridamento cirúrgico, observou-se um aumento do leito da ferida, onde a mensuração passou a ser de 35 $cm^2$, pois houve a retirada da placa necrótica tornando a UPP também mais cavitária. Ficaram estabelecidas as prescrições de enfermagem: manter higienes de profilaxia a infecção; realizar banho de leito; administrar as medicações conforme prescrição médica; controlar HGT; manter SVSF e colocar

fraldas; retirar do leito através do guindaste; alternar decúbito conforme relógio sinalizador da troca (foi confeccionado um relógio para orientar a familiar a cada troca de decúbito), realizar massagem com AGE nas áreas de proeminências ósseas e colocar placas de hidrocolóide e proteções com chumaços e gazes, seguindo as normas estabelecidas pelo Grupo de Estudos de Lesões de Pele do HUSM/GELP. A cuidadora também foi orientada para que realizasse massagens nas áreas mais suscetíveis, como as regiões de proeminência óssea, estimulando o fluxo sanguíneo para que o eritema, rubor e calor local sejam reduzidos. Para a realização destas massagens, a familiar foi orientada a fazer o uso de AGE, o qual hidrata e protege a pele, pois ao avançar da idade, há uma redução dos óleos naturais corporais, causando um ressecamento da pele ocorrendo rachaduras.[9] Após as intervenções, observamos que as UPP dos calcâneos e as situadas na região escapular não evoluíram em grau, mas também não cicatrizaram. Salienta-se que o envelhecimento causa a redução na quantidade dos capilares e também uma minimização dos tecidos adiposo e subcutâneo.9 A UPP da região sacrococcígea, a maior, que no primeiro momento estava apresentando sinais de necrose, de infecção bacteriana e odor fétido, já no último curativo realizado, apresentava-se com pouco tecido granulado e odor ausente. Devido às úlceras por pressão serem feridas que levam certo tempo para cicatrizar, não foi possível observar muitos resultados positivos, pois nenhuma das UPP cicatrizou completamente, mas as medidas de intervenção trouxeram resultados satisfatórios, pois o paciente e familiar sentiram-se bem cuidados, mostrando-se contentes com as orientações e com o estadiamento das feridas. Outra conversa foi realizada com a familiar em relação à questão do abandono causado pelos filhos para o cuidado, pois ela tratava-se uma idosa, que apresentava suas próprias limitações em razão da idade e que mesmo assim, acompanhava o esposo na internação hospitalar por 12 horas diárias, não recebendo auxílio dos filhos para o cuidado ou para o pagamento de um cuidador profissional. Sabe-se que a sobrecarga do cuidador é definida como o conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros experimentados por aqueles que cuidam de pacientes com algum tipo de comprometimento.[10] Normalmente, o cuidador deve responsabilizar-se pela rede de cuidados necessários ao sujeito, podendo ser conduzido ao estresse crônico e ao isolamento social, o que incrementa os riscos de patologias físicas e mentais, como depressão e ansiedade.[11] A sobrecarga do cuidador deve ser preocupação dos profissionais de enfermagem de modo a buscar um diálogo com o cuidador e com a família, a fim de traçar estratégias de organização que visem evitar esta sobrecarga. Nesse contexto considera-se que a presença efetiva de um cuidador auxilia no tratamento das UPP. Em muitos casos, a Enfermagem depara-se com situações em que o diálogo, não tem efeito positivo ou nenhum resultado, em ocasiões que muitas vezes o doente e/ou cuidador são desamparados pelo restante do sistema familiar, nesses casos cabe a equipe de saúde acionar o serviço de Assistência Social.

**CONCLUSÃO**

É conhecido que as UPP exigem uma série de cuidados, atendendo as necessidades do paciente, contribuindo para o não agravamento da ferida. Deste modo, cabe aos profissionais de enfermagem realizar medidas de prevenção ao desenvolvimento às UPP, observando diariamente aqueles pacientes que apresentam risco para serem afetados por este problema de saúde. Ao acompanhar um paciente idoso com UPP, fomos estimulados a nos inserir no contexto econômico, cultural, social, e da rede que lhe dá suporte buscando-se conhecer a sua história de vida, na busca de articular as informações obtidas por meio dos relatos da familiar cuidadora ao plano de cuidados que foi implementado. Assim, os cuidados com o paciente foram planejados de modo que se atendesse outras necessidades dele, além de tratar a ferida, pois o fato de conhecer os hábitos construídos em família e o histórico de saúde, contribuiu com a elaboração de um plano de cuidados que pudesse satisfazer os cuidados demandados. Procurou-se atendê-lo de forma integral, orientando a familiar quanto à assistência desenvolvida por ela e algumas medidas preventivas ecurativas que ela mesma podia exercer. Orientou-se a importância de manter a pele hidratada, por meio do uso de óleos e hidratantes. Ao trocar os curativos, mostrou-se a familiar o quanto se faz relevante o uso de proteções das regiões de proeminências ósseas. Dentre as medidas curativas, realizamos os curativos utilizando as coberturas de acordo com as características da lesão. Orientamos a familiar quanto os cuidados com o curativo, para que ela possa fazer da maneira mais correta possível no domicílio, após a alta do paciente. Devido ao fato das UPP serem feridas crônicas, que possuem um longo período de cicatrização, não foi possível observar resultados consideravelmente satisfatórios, pois após o desbridamento cirúrgico a ferida aumentou de tamanho. Mesmo com a intervenção cirúrgica, foi possível uma remoção o tecido necrosado da ferida, de forma que o odor fétido diminuísse o que já mostra a eficácia no tratamento. Também mostraram-se positivos os cuidados com as proteções utilizadas nas áreas de maior risco ao desenvolvimento das UPP, pois até a última visita ao paciente, ainda não havia ocorrido o desenvolvimento de outras úlceras além das já existentes. Outros fatores positivos, oriundos da intervenção, consistem no fato da familiar e do paciente sentirem-se bem cuidados e atendidos, pois a cuidadora mostrou-se satisfeita em conhecer mais sobre as úlceras por pressão e seus cuidados. Os poucos dias em que se acompanhou o paciente e sua esposa, percebeu-se que houve uma troca e um acréscimo de conhecimentos, tanto sobre as UPP, bem como as características e particularidades da família, de modo que se pode perceber o quão é importante a atuação da família na assistência, auxílio ao paciente e a seu cuidador principal. A família é elemento fundamental no cuidado, tanto do doente como do cuidador, uma vez que as relações entre os familiares estabelecem a forma como ela agirá em situações de adoecimento. Os conflitos familiares podem estar presentes na prática de enfermagem, sendo que na família desse estudo a situação de abandono pelos filhos se fez presente e foi resolvida por meio do diálogo. No momento da alta hospitalar, o paciente foi encaminhado ao domicílio com a família organizada para a prestação dos cuidados. Ao

tratar do paciente com úlceras por pressão, deve-se conhecer todo o seu contexto social e familiar, pois com a cronicidade da lesão, devemos intervir de forma mais direta junto à família, em especial, com o cuidador familiar, pois ele será o responsável pelos cuidados de uma forma mais intensiva ao paciente. As intervenções dos cuidados foram realizadas com atenção, procurando atender as necessidades do paciente. Percebe-se a importância da atuação da enfermagem nestes casos, pois o enfermeiro desenvolve papel importante como educador, orientando o familiar cuidador quanto aos cuidados. O profissional de enfermagem também proporciona a assistência ideal, por meio dos curativos e outros cuidados que se pode ter com o paciente que é acometido pelas UPP, como o fato de realizar a troca diária de lençóis e o ato de manter a pele do paciente sempre hidratada. Assim, não há dúvidas do quão são importantes às intervenções de enfermagem ao paciente que sofre com a presença de úlceras por pressão em seu corpo por meio de medidas preventivas e curativas.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS**

1. Brêtas ACP, Gamba MA. Enfermagem e saúde do adulto. São Paulo: Manole, 2006.

2. Soares DADS, VenDramin FS, Pereira LMD, Proença PK, Marques MM. Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA. Rev. Bras. Cir. Plást, 2011 26(4): 578-81

3. Dealey C. Cuidando de Feridas: Um guia para as enfermeiras. 3ª edição. São Paulo: Atheneu, 2008.

4. Irion G. **Feridas:** Novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan & Editora Lab, 2005.

5. Costa IG. Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

6. Colégio Americano de Cirurgiões – Comitê de Trauma. Suporte avançado de vida no trauma para médicos – ATLS. 8ª edição. Chicago, 2008.

7. Lise F, Silva LC. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. Maringá, 2007 29(2): 85-89

8. Scafuzca M. Brazilian version of the Burden Interview Scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. Rev Bras Psiquiatr 2002 24:12-7

9. Smeltezer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 12ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

10. Santos RL, Sousa MFB, Brasil D, D M. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. Rev. psiquiatr. clín.[online]. 2011 38(4):161-67

11. Silva MS, Lampert MA, Brondani CM, Silva MN, Obregon PB. A utilização da Escala Burden Interview de Zarit para avaliação da sobrecarga de cuidadores familiares. Anais On-line. Santa Maria: UFSM, 2012. Disponível em: <http://portal.ufsm.br/jai/trabalho/arquivo.html?arquivo=3938>. Acesso em: 11de jun. 2013.

# JOVENS FALAM SOBRE A PATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: SIGNIFICADOS E IMPLICAÇÕES

# YOUNG PEOPLE TALK ABOUT FATHERHOOD IN ADOLESCENCE: MEANINGS AND IMPLICATIONS

# JÓVENES HABLAN DE PATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA: SIGNIFICADOS Y LAS IMPLICACIONES

RODRIGUES, Priscila de Oliveira [1]
RESTA, Darielli Gindri [2]

[1] Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Família pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Campus Santiago, Rio Grande do Sul, Brasil. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família III, do município de Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: priscila_or@yahoo.com.br

[2] Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria- Campus Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: darielli2004@yahoo.com.br

**RESUMO:** Este estudo buscou conhecer e descrever os significados e as implicações de viver a paternidade na adolescência, buscando construir referencial para discussão e reflexão em meio acadêmico, profissional e entre os sujeitos envolvidos com a temática no município de Palmeira das Missões/RS. Investigou-se jovens de 18 a 22 anos, que vivenciaram a paternidade entre os 15 e 18 anos, captados de acordo com interesse dos mesmos, nas unidades básicas de saúde deste município. Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória-descritiva, com coleta de dados por meio de entrevista semi-estruturada, transcritos e analisados, com as informações classificadas em categorias emergentes. Evidenciou-se que a gravidez na adolescência traz consigo uma série de sentimentos conflitantes (medo, angústia, alegria, satisfação, entre outros) que, somados a cultura, valores éticos e morais aprendidos ao longo da vida, influenciam na tomada de decisões, que positivas ou negativas, acarretam grande impacto na vida adulta de pais e filhos.

**DESCRITORES**: Adolescência; Gravidez na adolescência; Paternidade adolescente.

**ABSTRACT:** This study sought to describe the meanings and implications of live teenage paternity, seeking to build a reference for discussion and reflection in professional academia, and among the subjects involved in the area in the municipality of Palmeira das Missões/RS. Investigated young of 18 to 22 years, who have experienced parenthood between 15 and 18 years, picked up according interest of same, in the basic health units of this municipality. An exploratory-descriptive, qualitative research with data collection by means of a semi-structured interview, transcribed and analyzed, in which, the information was classified by categories. It was evidenced that the teenage pregnancy brings with it a host of conflicting feelings (fear, anguish, joy, satisfaction, among others), plus culture, ethical and moral values learned through life, influence in decision-making, positive or negative, which entail great impact on the adult life of parents and children.

**DESCRIPTORS**: Adolescence; Teenage pregnancy; Teenage fatherhood.

**RESUMEN:** Este estudio intentó describir los significados y las implicaciones de la paternidad adolescente viva, buscando construir una referencia para el debate y la reflexión en el ámbito académico profesional y entre los sujetos involucradosen en el área en el municipio de Palmeira dasMissões/RS. Investigan a jóvenes de 18 a 22 años, que han experimentado la paternidad entre 15 y 18 años, recogido según el interés del mismo, en las unidades básicas de salud de este municipio. Esta es una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria con colección de datos mediante una entrevista semiestructurada, transcrito y analizado, con la información clasificada por categorías. Se evidenció que el embarazo en la adolescencia trae consigo una serie de sentimientos contradictorios (miedo, angustia, alegría, satisfacción, entre otros), además de cultura, valores éticos y Morales aprendieron a través de la vida, influyen en la toma de decisiones, positivo o negativo, que implica un gran impacto en la vida adulta de padres e hijos.

**DESCRIPTORES**: Adolescencia; Embarazo en la adolescencia; Paternidad adolescente.

## INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência apresenta-se como um evento de interesse e inquietação em meio acadêmico, social e político, uma vez que, diariamente centenas de adolescentes vivenciam a maternidade/paternidade e com isso, todas as preocupações, temores e responsabilidades a ela associados. Nesta perspectiva, segundo dados do DATASUS/FNS/MS o índice de gravidez nas idades entre 15 e 19 anos chegou a 24,63% do total de partos realizados no SUS em 1996[1]. No entanto, há dados recentes que demonstram uma redução significativa nos últimos anos nas taxas de adolescentes grávidas entre 15 e 19 anos, sendo que, de 1999 a 2003 verificou-se uma redução de 10,5 %[2]. Por conseguinte, estes dados não representam que podemos nos tranqüilizar, visto que as taxas brasileiras de gravidez na adolescência ainda são elevadas, comparadas a países

desenvolvidos, caracterizando um problema de saúde pública de responsabilidade não só do poder público, mas também de toda a sociedade. Cabe salientar que inúmeros são os estudos com intuito de refletir e discutir este acontecimento na vida dos adolescentes, todavia, estes se direcionam principalmente à mulher grávida e não a essa experiência na ótica dos pais. Nesta perspectiva, estudo traz que é de fundamental importância a participação dos jovens do sexo masculino nessa discussão[3]. Diante disso, trazer à reflexão o tema "Paternidade na adolescência" é algo desafiador, tanto pela deficiência de construtos teóricos sobre o assunto, quanto pela complexidade a ele relacionada, visto que, há escassez de referenciais sobre o assunto e dificuldade em acessar os dados sobre pais adolescentes, sejam eles governamentais ou não[4,5]. Assim sendo, destaca-se a existência de uma espécie de recusa social em reconhecer a paternidade na adolescência, que acaba por se constituir em um não-lugar na sociedade brasileira. Assim sendo, ao atuar como enfermeira na atenção primária e no Programa Saúde e Prevenção na Escola (SPE) do Ministério da Saúde, evidenciou-se a necessidade de maior respaldo teórico para contribuir positivamente no cuidado aos pais adolescentes e às famílias por eles constituídas. Nesta perspectiva, buscou-se neste estudo uma breve contextualização acerta do tema paternidade na adolescência, entendendo a figura paterna de igual importância à materna, tanto no núcleo familiar, quanto na construção da sociedade. Deste modo, este estudo justifica-se pela importância de se conhecer e entender os significados e as implicações de viver a paternidade adolescente para discussão/reflexão em espaço acadêmico, e entre os profissionais e sujeitos envolvidos com a temática. Logo, promover a assistência à gravidez na adolescência em sua integralidade, com o apoio necessário não só a mãe, mas aos pais adolescentes, os quais possuem grande importância na construção da sociedade e na promoção do crescimento e desenvolvimento de seus filhos.

**OBJETIVO:**

O presente estudo tem por objetivo conhecer e descrever os significados e as implicações de viver a paternidade na adolescência, a fim de construir um referencial para discussão e reflexão em meio acadêmico, e entre profissionais e sujeitos envolvidos com a temática no município de Palmeira das Missões/RS.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma investigação de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Participaram como sujeitos da pesquisa 6 (seis) jovens com idade entre 18 (dezoito) anos e 22 (vinte e dois) anos, que vivenciaram a paternidade entre 15 (quinze) e 18 (dezoito) anos, de modo "participativo ou não", captados de acordo com interesse dos mesmos, no período de janeiro a junho de 2009, na unidade básica de saúde Centro Social Urbano do Município de Palmeira das Missões/RS. Para a coleta dos dados utilizou-se entrevista semi-estruturada com questões abertas e fechadas, as quais buscaram conhecer os significados e as implicações de viver a paternidade na adolescência. As questões referem-se a dados sócio-

demográficos, assim como relacionadas à reação do adolescente a notícia da gravidez; sentimentos e vivências após este momento, sentimentos relacionados à experiência de ser pai, concepções acerca de maternidade e paternidade, utilização de métodos contraceptivos, a relação com a mãe da criança e com o filho, dentre outras. As entrevistas foram realizadas na unidade básica de saúde Centro Social Urbano. Foi solicitada a gravação da mesma, com o intuito de registrar integralmente a fala do sujeito, assegurando material rico e fidedigno para a análise. O material das entrevistas foi transcrito e analisado com base na Análise Temática proposta por Minayo[6]. Para tanto, o estudo foi iniciado após a aprovação e a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (Parecer 26930). Ciente das recomendações previstas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi solicitado, após os devidos esclarecimentos, a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise do material foram construídas as seguintes categorias: perfil dos jovens; reação à notícia e sentimentos que envolveram este momento; mudanças em sua vida após este dia e sentimentos relacionados à experiência de ser pai; significado de maternidade/paternidade; métodos contraceptivos/responsabilidade de quem; e por fim, relação com a mãe e filho após a gravidez. Os recortes das falas dos sujeitos da pesquisa estão identificados por letras do alfabeto (*A*, *B*, *C*, *D*, *E* e *F*). Inicialmente será exposto o perfil dos jovens, contextualizando acerca de fatores que podem influenciar direta ou indiretamente nos significados e implicações expostos pelos sujeitos. **Perfil dos jovens:** Os atores sociais inseridos neste estudo foram 6 (seis) jovens, com idade entre 18 (dezoito) anos e 22 (vinte e dois) anos, que vivenciaram a paternidade entre 15 (quinze) e 18 (dezoito) anos. Em relação ao vínculo escolar dos jovens, um deles está estudando, dois já não estudavam no período da gravidez e três interromperam os estudos. Os participantes que interromperam os estudos relatam ter sido em função da paternidade. Dois não concluíram o ensino fundamental e três não concluíram o ensino médio. No que se refere à renda familiar, todos estão dentro da faixa de um a três salários mínimos. Com relação ao estado civil, dois estão casados (união estável) e moram com as mães de seus filhos, dois não estão casados, mas convivem com os filhos e dois não têm convivência com os filhos. Assim sendo, serão apresentados a seguir os significados e implicações da paternidade na adolescência, na visão dos sujeitos entrevistados. **Reação à notícia e sentimentos que envolveram este momento:** A notícia da gestação "assustou" a todos os pais. Os entrevistados relataram que sentiram medo da reação de seus familiares, medo da responsabilidade de ser pai (principalmente financeira). Para alguns, ao mesmo tempo em que sentiram medo da responsabilidade, sentiram felicidade. Um dos sujeitos menciona que se sentiu mais homem, ao saber que iria ser pai (adolescente *E*). Todos deixam claro que embora sentimentos confusos, de modo geral, sentiram-se despreparados para assumir a paternidade. *Não queria ser pai naquele tempo, tava novo ainda, não tava trabalhando,*

*tava no primeiro ano, não tinha grana nem pra mim! Não tava preparado (adolescente B).* Esta fala demonstra a complexidade que envolve a paternidade na adolescência na ótica destes jovens, os quais, por razões culturais e valores aprendidos ao longo da vida, se reconhecem como responsáveis pelo provimento financeiro dos filhos, entretanto, frente à realidade vivenciada, sentem-se impossibilitados de exercer sua função; do mesmo modo, com a paternidade, sentem-se obrigados a abdicar de sonhos em favor da nova família constituída. A chegada de um filho nessa etapa da vida parece despertar no adolescente o sentimento de satisfação pessoal, de reforço de sua masculinidade e o despertar para a necessidade de se responsabilizar pelas consequências dessa nova experiência[7]. Da mesma forma, a paternidade na adolescência parece estar envolta em um turbilhão de sentimentos, que se confundem, pois ao mesmo tempo em que se percebem tomados por um imenso sentimento de satisfação, também experimentam o sentimento de perda de sua liberdade, de deixar de viver e agir de acordo com sua vontade e seu desejo, percebendo-se obrigados a abrir mão de vivências que lhe davam prazer em função dessa nova vida que assumiram[7].

**Mudanças em sua vida após este dia e sentimentos relacionados à experiência de ser pai:** As mudanças mencionadas pelos sujeitos da pesquisa foram diversas. Em relação ao sustento financeiro, *A* e *B* referem que procuraram trabalho, sentiram-se mais adultos e com compromisso com a nova família. *D, E* e *F* já estavam trabalhando antes da paternidade e deram continuidade, *D* refere que após a notícia deu mais valor ao trabalho. *C* pensou em trabalhar, mas não encontrou trabalho, tendo que contar com a família como apoio financeiro. No que concerne aos estudos, *A* e *D* pararam de estudar para morar com as mães de seus filhos. *E* e *F* já não estudavam, *B* continuou estudando mais um tempo e parou e *C* ainda esta estudando. A maior parte dos entrevistados relata que cresceram muito com a experiência de ser pai e adquiriram mais responsabilidade. *C* e *F* mencionam que não mudou muito a sua vida; o relacionamento com as mães de seus filhos não deu certo e eles acabaram se afastando das crianças. Ambos afirmam que as mães que preferiram se afastar. Relatam, ainda, que sentem tristeza por não participarem da vida de seus filhos. *Quando a mulher falo que tava grávida, já pensei, vou para de estuda pra trabalha e cuida do meu filho, agora até penso que devia ter estudado um pouco mais, mas naquele tempo pensei:"agora tenho que assumi meu filho que ta vindo e minha mulher"(adolescente A).* Neste sentido, outros estudos reforçam, constatando acerca da paternidade na adolescência, que o abandono escolar aparece como a consequência mais comum entre os homens participantes da pesquisa e que, a vivência da gravidez e paternidade na adolescência levou os adolescentes a dedicarem-se mais ao trabalho, deixando de lado os estudos, não havendo posterior retorno a escola[7]. A evasão escolar durante a adolescência é, de maneira geral, relacionada à busca pelo trabalho necessário ao sustento da nova família que surge a partir da gravidez, havendo, diante de tal situação, a primazia do trabalho em relação à manutenção da vida escolar[8]. Outra questão levantada por alguns dos sujeitos da pesquisa foi à perda da liberdade, a mudança de perspectivas para o futuro, o adiamento de sonhos, principalmente ligados a carreira profissional, ou aquisição de bens materiais, como carro e

casa. *Fiquei sem sabe o que faze da minha vida, se foi a minha liberdade, a minha vida de antes, meus amigos curtindo e eu já pai. Eu que queria ter um trabalho maneiro, estuda, tive que fica no mesmo trabalho até hoje, mas era minha responsabilidade de pai (adolescente D).* A esse respeito evidencia-se em pesquisas como a de Card e Wise apud Lyra, em que comparam casais de adolescentes pais e seus colegas de classe, no intervalo de 5 e 11 anos após a conclusão da "high school", que as repercussões de criar filhos na adolescência são longas e permanentes: os jovens pais, se comparados aos seus contemporâneos que postergaram a criação de filhos, atingiram menor nível educacional, e, mais freqüentemente, realizavam trabalhos de menor prestígio, tal qual as mães adolescentes, esperavam também, ter mais filhos e seus casamentos eram menos estáveis[4]. Como positivo na vivência da paternidade na adolescência os sujeitos da pesquisa elencaram o aumento da responsabilidade, a felicidade de ser pai, os momentos de alegria e o amadurecimento. **Significado de maternidade/paternidade:** Para os sujeitos da pesquisa, o significado da maternidade é dedicação, responsabilidade, principalmente relacionada ao cuidado e carinho. Três dos entrevistados mencionam que a responsabilidade materna é maior que a paterna, pois, segundo eles, é a mãe que esta mais perto do filho. Os demais acreditam que pai e mãe têm o mesmo compromisso e responsabilidade, ainda que a mãe mais voltada ao cuidado e o pai ao sustento do filho. Paternidade para os jovens significa responsabilidade, principalmente vinculada ao apoio financeiro, compromisso com a educação dos filhos, preocupação com o futuro, e alguns citaram sentimentos como amor e carinho. *Pra mim, pai e mãe são importante, mas a mãe que ta junto, que cuida todo dia, e o pai, deve até ajuda a cuida quando ta em casa, da amor, carinho pro filho, mas é ele que deve sai pra garanti o sustento da família (adolescente A).* Assim sendo, percebe-se nos relatos, a visão da mãe como responsável principalmente pelo cuidado e carinho e o pai voltado principalmente à visão de pai-provedor, o que os levam a pensar que não foram bons pais, frente a esta realidade ter sido vivenciada "precocemente", sem a "devida" estrutura necessária para o "pleno" desenvolvimento da paternidade. Na sociedade brasileira, o homem localiza-se dentro de um mandato do ser a partir do ter, do poder e do saber, o que o teria expropriado de exercer uma paternidade próxima, empática e nutriente, privando-o de conviver proximamente ao seu filho, na busca de prover materialmente seu sustento, sendo que estes fatores culminam com o distanciamento e assim com a diminuição de trocas afetivas[9]. **Métodos contraceptivos/ responsabilidade de quem:** Nos relatos dos sujeitos da pesquisa, a primeira resposta a este questionamento foi que a responsabilidade pelo uso de métodos contraceptivos é do casal, ainda que, no momento que ocorre a relação não se lembram disso ou confiam no parceiro. No entanto, no transcorrer das falas mencionaram que a mulher deveria usar sempre o anticoncepcional, atribuindo maior responsabilidade a ela do que ao homem na utilização da contracepção e deixam transparecer a idéia de prevenção relacionada apenas a gravidez e não a DSTs. *Não pensei que podia acontecer logo de início, foi muito azar e também confiei que ela se cuidava (adolescente C).* O adolescente

tende a assumir uma postura que é resultante da cultura de gênero, acabando por delegar à parceira a responsabilidade pela prevenção da gravidez, determinando a suas exposições a gravidez não planejada ou indesejada[7]. Cabe destacar, no que tange a prevenção da gravidez ou de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), que mesmo ao dizerem-se conhecedores dos métodos contraceptivos, referem que a sua utilização geralmente não é um hábito. Esta questão foi também observada em outro estudo, em que a autora descreve que o assunto prevenção, seja relativo à gravidez ou a DSTs, parece não ter sido uma preocupação para os sujeitos de sua pesquisa durante a adolescência, sendo que os mesmos chegaram a expressar o conhecimento da necessidade de implantá-la[7]. **Relação com a mãe e filho após gravidez:** Durante a coleta dos dados os pais *A* e *D* estavam morando com seus filhos e com a mãe das crianças. Já os demais não, sendo que *B* e *E* tem contato com seus filhos e as mães e *C* e *F* não. *A* e *D* mencionam que mesmo com as dificuldades enfrentadas após a gravidez, assumiram sua família e estão juntos até o momento, participando ativamente do crescimento e desenvolvimento de seus filhos. Ambos demonstram orgulho pela atitude tomada e um grande afeto por seus filhos. *Quando fiquei sabendo que ela tava grávida, tratei de casa, mora junto né; tinha que assumi meu filho e minha mulher, mesmo com as dificuldade que nós tinha, e tenho muito orgulho por isso (adolescente D).* *B* e *E* relatam que ainda que a relação com a mãe de seus filhos não tenha continuado, ambos tem contato com os filhos, sendo que o primeiro esporadicamente, quando vai visitá-lo, sem uma rotina fixa de visitas. O segundo vê o filho semanalmente, passando com ele a maioria dos finais de semana na casa da avó paterna. Os jovens demonstram muito carinho pelos filhos e uma boa relação com a mãe. Assim sendo, no que tange o estabelecimento ou não de uma relação conjugal, cabe destacar que o estabelecimento de uma relação conjugal com a parceira grávida passa por diversos fatores, que não somente a gravidez, mas também o próprio sentimento que une o casal, o desejo de assumir o filho como forma de afirmação de sua masculinidade, ou mesmo de vivenciar a paternidade pela vontade (relatada por alguns como um sonho)[7]. A partir dessa afirmação, entende-se que a união do casal não esta relacionada somente a gravidez propriamente dita, mas também, a uma série de fatores que convergem para que isso aconteça em que, sendo a gravidez usada ou não para a concretização do relacionamento entre os adolescentes, o nascimento do filho não garante a manutenção do relacionamento, sendo possível que posteriormente ocorra à separação. *C* conta que se afastou da mãe de seu filho ainda durante a gestação, uma vez que o namoro já apresentava problemas e que após o parto ela optou por criar o filho junto com sua mãe, e ele por imaturidade ou medo da responsabilidade, naquele momento, não fez objeção a sua escolha. Ele menciona ter vontade de ver o filho e demonstra tristeza pela situação vivenciada. *Terminou o namoro quando ela ainda tava grávida, nós já não tava se dando muito bem, a mãe dela não gostava de mim, daí ela e sua mãe falaram que criavam o menino e eu por imaturidade ou medo da responsabilidade não reclamei. Eu hoje gostaria de ver o moleque, queria conhecer ele, fico triste com isso (adolescente C).* Já *F* refere que foi uma opção dos dois

não ficarem juntos, e que após o nascimento do filho, a mãe, por necessidade, mudou-se de cidade para morar com seus pais e ele sem condições de assumir mãe e filho pensou que era o melhor naquele momento; assim ele perdeu contato com os dois. O mesmo afirma que sente curiosidade de conhecer o filho e que espera ainda vê-lo novamente. Neste sentido, percebe-se que os adolescentes, embora tenham se afastado dos filhos, tomaram esta atitude por acreditarem ser a mais coerente ou correta, em sua ótica, naquele momento e demostram arrependimento e/ou tristeza por isso, evidenciando que não foi uma atitude irresponsável e sim ocasionada ou em função do contexto vivenciado naquele periodo. Contrariamente a isso, estudo afirma que, de maneira geral, as mulheres adolescentes assumem a gravidez e maternidade mesmo quando indesejada, ao passo que os rapazes fogem mais facilmente a essa responsabilidade ou assumem somente os aspectos legais da paternidade, ignorando outros aspectos fundamentais que a envolvem, como a participação no processo de cuidar, educar, criar e participar do crescimento e desenvolvimento de seu filho[10]. Deste modo, a partir dos resultados apresentados ao longo deste capítulo, pode-se constatar que a paternidade na adolescência tem importância significativa na vida dos sujeitos que a vivenciam, visto que, esta envolve uma série de sentimentos conflitantes que somados a cultura, valores éticos e morais aprendidos ao longo de suas vidas, influenciam significativamente na tomada de decisões. Isso acarreta, por exemplo, o abandono da escola, por primazia ao trabalho e outras escolhas que, positivas ou negativas, ocasionam grande impacto na vida adulta de pais e filhos. Outro achado importante no que concerne a valores, é o fato de que ainda nos dias de hoje, na ótica dos jovens entrevistados, prevalece à concepção de pai-provedor (provedor financeiro), enquanto a mãe está responsável pelo cuidado diário, o que demonstra o peso de valores tradicionais nas atitudes e compreensões da juventude ainda nos dias atuais. Da mesma forma, os jovens ainda delegam à parceira a maior responsabilidade pela utilização de métodos contraceptivos, relacionando esta prática, principalmente a prevenção da gravidez e não de DSTs e demonstram não ser a sua utilização uma prática cotidiana.

## CONCLUSÕES

Ao longo deste estudo foi possível constatar que a maternidade/paternidade na adolescência é um tema amplo e complexo, para o qual se faz necessária discussão e reflexão, no intuito de que todos os envolvidos, direta ou indiretamente, com esta questão tenham respaldo para a organização de suas ações no que tange a este acontecimento, seja no campo da saúde, educação, assistência social, gestão, entre outros. Por conseguinte, sabe-se que a maioria dos estudos acerca da gravidez na adolescência enfoca a adolescente grávida, não dando significativa importância a paternidade adolescente, também comem na sociedade brasileira. Neste sentido, salienta-se que a paternidade adolescente, em geral, não é tematizada e quando aparece como objeto de preocupação, surge a partir de uma abordagem preventiva ou punitiva, ou seja, associada à idéia de que a paternidade na adolescência deveria ser evitada, e no caso de ocorrer, o "erro" deveria ser "reparado"

através do casamento[4]. Deste modo, concorda-se com estudos realizados, ao apontarem para necessidade da construção de um lugar social para paternidade adolescente, através da abertura de canais para que suas vozes se façam ouvir, denunciando seus desejos, necessidades e anseios, o que favoreceria a participação do adolescente na construção de seu destino, enquanto ser humano e social[5]. Nesta perspectiva, este estudo foi oportuno, possibilitando a ampliação do conhecimento acerca dos significados e implicações da paternidade adolescente, gerando subsídios para o debate em meio acadêmico, nos serviços de saúde, nas instituições de educação, em espaços de gestão e entre os próprios adolescentes. Assim sendo, por meio deste, observou-se que a paternidade na adolescência traz consigo uma série de sentimentos conflitantes, que incluem medo, angústia, alegria, satisfação, entre outros, os quais mesmo comuns nesta fase da vida influenciam significativamente nas decisões, acarretando grande impacto na vida adulta de pais e filhos. Do mesmo modo, os relatos demonstram que o caminho percorrido após este acontecimento na vida do adolescente se dá de diferentes maneiras, relacionadas possivelmente a cultura e os valores morais e éticos aprendidos em cada vivência. Outra questão importante, presente na história da maioria dos entrevistados foi à primazia do trabalho em relação à escola, justificada por eles, pela necessidade de assumir a responsabilidade pela nova família, criada a partir da gravidez, algo que é compreensível frente aos valores tradicionais das famílias brasileiras, construídos ao longo da história da sociedade e muito presente nos dias de hoje, mas que inegavelmente interferem no futuro destas famílias. Observou-se também que a visão de pai-provedor, responsável pelo sustento da família e da mãe cuidadora permeia o discurso dos jovens, ainda que demonstre em suas falas a satisfação pela paternidade e carinho pelos filhos, ou mesmo o desejo de estar perto, dos que se afastaram do filho após o nascimento. No que concerne a utilização de métodos contraceptivos, evidenciou-se que a responsabilidade ainda é delegada a mulher, que esta prática esta relacionada principalmente a prevenção da gravidez e não de DSTs e que não é um hábito entre os adolescentes, algo a ser fomentado nas práticas educativas de modo incansável, no intuito de promoção da saúde e prevenção de agravos, sejam eles físicos ou sociais. Para a pesquisadora, este estudo propiciou grande crescimento enquanto sujeito social e profissional, visto que, ao longo do diálogo estabelecido com os jovens, houve importantes momentos de troca de conhecimentos e aprendizagem, as quais a acompanharão ao longo de sua trajetória. Deste modo, salienta-se a necessidade de maior preocupação por parte de todos os atores envolvidos com esta questão (governantes, educadores, pesquisadores, profissionais de saúde, família, sociedade em geral, etc.), com intuito de promover a assistência à gravidez na adolescência em sua integralidade, com o apoio necessário não só a mãe, mas aos pais adolescentes, os quais possuem igual importância na sociedade, no núcleo familiar e na promoção do crescimento e desenvolvimento de seus filhos.

ÁREA TEMÁTICA: Processo de cuidado

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br acesso em: 22/out./2008.

2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde; Saúde e Prevenção nas Escolas, guia para formação de profissionais de saúde e educação/ Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

3. Medrado, B. E Lyra, J. A Adolescência "desprevenida" e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. In N. Schor, M. S. F. T. Mota & V. C. Branco (Orgs.), Cadernos juventude Saúde, saúde e desenvolvimento (vol. 1, pp. 230-248). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

4. Lyra, Jorge. Paternidade adolescente: uma proposta de intervenção. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

5. Lyra Da Fonseca, J. L. C. Paternidade adolescente: da investigação a intervenção. In: Arilha, M. Ridente, S.G.U., Medrado, B. (Orgs). Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo: ECOS/ Ed. 34, 1998. P 185-211.

6. Minayo, Mcs. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

7. Corrêa, A. C. De P. Paternidade na adolescência: vivências e significados no olhar de homens que a experimentaram. 2005. 130 f. Tese de (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

8. Cabral, C. S. Contracepções e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

9. Musio, P.A. Paternidade (Ser Pai)... Para que serve? In: Silveira, P. (Org) Exercício da Paternidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. Cap. 15. P 165-174.

10. Luz, A. M. H.; Berni, N. I. De O feminino e o masculino: repercussões na saúde dos adolescentes. In: Ramos, F. R. S.; Monticelli, M., Nitschke, R. G. (Orgs.). Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: aben/ Governo Federal, 2000. P. 37-45.

# TRABALHAR COM FAMÍLIAS DA ÁREA RURAL: UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM?

TRABALHAR COM FAMÍLIAS DA ÁREA RURAL: UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM?

TRABALHAR COM FAMÍLIAS DA ÁREA RURAL: UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM?

MISTURA, Claudelí[1]
GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira[2]
ROSSATO, Karine[3]
JACOBI, Caren da Silva[4]
MATHIAS, Caroline Vieira[4]
SEIFFERT, Margot Agathe[4]

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: claumistura@gmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.
3 Enfermeira. Graduada pela UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.
4 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

**RESUMO:** A família desempenha papel fundamental na manutenção da saúde e no equilíbrio emocional de seus membros. Para a família que reside na área rural, este representa o lugar onde as famílias estabelecem suas interações, experiências e fatos vividos que são peculiares quando comparado a uma população urbana. O objetivo deste estudo é refletir sobre os desafios da enfermagem em trabalhar com famílias da área rural. Trata-se de um estudo de reflexão, descritivo, com abordagem qualitativa, subsidiado por produções científicas referentes ao tema. A reflexão contribuiu para compreender que as famílias vivem num contexto singular, com estrutura e funcionalidade que apresentam formas próprias de organizar o seu modo de vida. Entender essas questões pode contribuir para que a enfermagem compreenda como este contexto influencia nomodo de agir das famílias rurais, em seus valores e em suas especificidades culturais.

**DESCRITORES:** Família; População Rural; Saúde da População Rural; Enfermagem.

**ABSTRACT:** The family plays a key role in maintaining health and emotional balance of its members. For the family that resides in rural areas, this is the place where families establish their interactions, lived experiences and facts that are peculiar when compared to an urban population. The aim of this study is to reflect on the challenges of nursing work with rural families. This is a study of reflection, descriptive, with a qualitative approach, supported by scientific works on the subject. The reflection helped to understand that families living in the unique context, with structure and functionality that have ways of organizing their own way of life. Understanding these issues can help nurses to understand how this context influences the mode of action of rural families, in their values and their cultural specificities.

**DESCRIPTORS:** Family; Rural Population; Rural Health; Nursing.

**RESUMEN:** La familia desempeña un papel clave en el mantenimiento de la salud y el equilibrio emocional de sus miembros. Para la familia que reside en las zonas rurales, este es el lugar donde las familias establecen sus interacciones, vivencias y hechos que son peculiares en comparación con la población urbana. El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre los desafíos del trabajo de enfermería con las familias rurales. Se trata de un estudio de reflexión, descriptivo, con enfoque cualitativo, con el apoyo de trabajos científicos sobre el tema. La reflexión ayudó a comprender que las familias que viven en un contexto único, con la estructura y la funcionalidad que tienen formas de organización de su propia forma de vida. La comprensión de estos temas puede ayudar a los enfermeros a entender cómo este contexto influye en el modo de acción de las familias rurales, en sus valores y sus especificidades culturales.

**DESCRIPTORES:** Familia; Población Rural; Salud Rural; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Profissionais das mais variadas áreas da saúde têm enfocado a família como objeto de estudo a partir da constatação de que essa desempenha papel fundamental no desenvolvimento e manutenção da saúde e no equilíbrio emocional de seus membros[1]. Diferentes são as concepções teóricas que definem a família, sem, porém, existir uma unicidade conceitual. Para a enfermagem, um dos conceitos reconhecidos define a família como: "quem seus membros dizem que são"[2]. A família, também, pode ser atendida como uma relação social plena, suprafuncional, que se articula em várias dimensões guiadas pelo princípio da harmonia, que realiza trocas simbólicas de valores e práticas culturais entre gêneros, e entre gerações, não se restringindo, portanto, a um grupo domiciliar[3]. A atuação da enfermagem à família vem apresentando produção de conhecimento e práticas de cuidado, que, embora ainda esteja em construção, já aponta caminhos de trabalho. Percebe-se que os enfermeiros estão se aproximando cada vez mais das famílias, tanto na área

urbana, quanto na rural, e qualificando-se para atuar junto a essa clientela. Contudo, evidencia-se dificuldades quanto à instrumentalização para atuar com a população e as famílias da área rural, uma vez que as escolas de enfermagem têm focado as aulas práticas na área urbana[4].

Para que os profissionais de enfermagem conheçam a realidade e compreendam as necessidades das famílias rurais faz-se necessário refletir sobre seu contexto de vida e seus modos de agirem. Residir em área rural representa o lugar onde as famílias estabelecem suas interações, suas experiências e fatos vividos. Ao trabalhar com uma população que se insere ao cenário rural, torna-se importante entender as interações sociais formadas nesta sociedade para compreender como este contexto influencia nas percepções, nos significados e no modo de agir das famílias em seus valores e em suas especificidades culturais[5]. A forma de organização e as necessidades das famílias rurais diferem das urbanas, bem como os conhecimentos necessários à sobrevivência no meio rural. Esta colocação dá ênfase para o aspecto de ocupação do meio rural, o qual está predominantemente associado à produção agrícola e como base para a subsistência e o crescimento econômico das famílias rurais. A vida da população rural depende, direta e intensamente, do meio urbano que a incorpora, para o exercício de diversas funções e o atendimento de necessidades econômicas e sociais. O meio rural consiste, assim, no espaço de precariedade social. Seus habitantes, comumente, devem se deslocar para a cidade, se quiserem ter acesso ao posto médico, a serviços especializados, ao banco, ao poder judiciário e, até mesmo, à igreja[6]. Diante do exposto, com as transformações que vem ocorrendo no cenário rural, a família passa por novas adaptações em seu cotidiano. Assim, faz-se necessário uma melhor compreensão da dinâmica e da complexidade dos processos que envolvem o meio rural, pois essas transformações se expressam por diferentes formas culturais, sociais, econômicas e também, no que se refere ao processo saúde-doença[7]. Essas mudanças também podem ser percebidas nos arranjos e no funcionamento familiar. Considerando as peculiaridades que envolvem a dinâmica da vida das famílias rurais e a formação acadêmica dos enfermeiros pensa-se que refletir sobre a família e os desafios de trabalho com a mesma nos diferentes espaços de saúde pode contribuir para qualificar o exercício profissional e a assistência a esse contingente populacional. Cabe destacar que tal temática tem-se constituído em constante interesse a partir da prática profissional e do desenvolvimento de dissertação relacionada a esse tema.

## OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo refletir sobre os desafios da enfermagem em trabalhar com famílias da área rural.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de reflexão, descritivo, com abordagem qualitativa. A construção deste trabalho ocorreu pela busca de produções científicas e publicações sobre a

enfermagem e a família rural. Para isso foram utilizados artigos científicos, capítulos de livros, manuais e políticas públicas.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As famílias se constituem em unidades complexas de natureza diversificada, caracterizadas pelas inter-relações constituídas por seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade, as quais apresentam formas próprias de organizar o seu modo de vida[3], assim como perfazem um núcleo imprescindível para promover e garantir a sobrevivência, o desenvolvimento, a proteção integral e o bem-estar aos seus componentes, repassando os valores culturais aos mesmos. Dessa forma, a família tem como objetivos sociais a sobrevivência, a união social, o desenvolvimento da identidade pessoal ligada à identidade familiar, a padronização de papéis sexuais, a educação dirigida à interação nos papéis e o desenvolvimento da aprendizagem e do apoio à criatividade[9]. Cada núcleo familiar tem a sua forma de se relacionar com as questões básicas da existência humana, e quando envolve saúde-doença, principalmente uma doença grave, as mudanças podem provocar alterações significativas na dinâmica da família e até mesmo ruptura do equilíbrio familiar. Isso se deve ao fato de que a família é como um sistema de saúde para seus membros, compreendendo um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guia suas ações, e que possui um processo próprio de cuidar. Os familiares tornam-se responsáveis por supervisionar o estado de saúde, tomarem decisões quanto aos caminhos que se devem seguir nos casos de queixas ou sinais de mal-estar, além de acompanharem e avaliarem constantemente a saúde e o adoecimento de seus membros[8]. Há elementos facilitadores e complicadores para o enfrentamento de uma doença pela família. Uma família com boa estrutura, que tem flexibilidade para mudanças de papéis, conhecimento sobre a doença e os sintomas, bom diálogo com a equipe de saúde, o paciente e demais familiares, disponibilidade de apoio formal e informal e participação ativa nas diversas fases da doença e do tratamento, são considerados elementos facilitadores para um bom enfrentamento. São apontados como elementos complicadores: padrões familiares com problemas em se relacionar, comunicar, interagir e resolver problemas; ineficiência ou inexistência de suporte formal e informal; crises familiares concomitantes à doença; ausência de recursos financeiros e sociais aliados à baixa qualidade nos cuidados médicos e na comunicação com a equipe de saúde; estigmas que envolvem a doença[9].

Diante disso, um dos modelos de cuidado de enfermagem à família, proposto para trabalhar com famílias urbanas e rurais, é o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família. Este modelo visa identificar as forças e os recursos das famílias, com a finalidade de guiar os enfermeiros na utilização de estratégias para promover o fortalecimento e a saúde da família. Destaca-se que o Modelo Calgary foi desenvolvido por enfermeiras canadenses e é utilizado desde 1984, sendo constantemente revisado e considerado como um forte modelo de assistência a famílias, adotado por faculdades e escolas de enfermagem de vários países,

inclusive do Brasil. O Modelo Calgary é baseado em três categorias principais de avaliação: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada categoria contém varias subcategorias. É importante que cada enfermeiro decida quais destas categorias são relevantes e apropriadas para exploração e avaliação junto a cada família e a cada momento no tempo. Ou seja, nem todas as subcategorias precisam ser avaliadas em uma primeira reunião com a família e algumas, talvez nem precisem ser incluídas na avaliação de determinada família[2]. Essa abordagem é um instrumento para avaliar famílias que determina as áreas de preocupação e de força através do desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem e registro dos resultados obtidos pelo núcleo familiar e pelas intervenções à família. Dessa forma, o enfermeiro pode contribuir para melhorar a saúde da família, no enfrentamento de situações de adoecimento ou transições no ciclo de vida familiar[10]. Assim, para compreender o funcionamento das famílias é necessário que o enfermeiro esteja aberto para entender sobre o ambiente físico e socioeconômico no qual as famílias estão inseridas. O profissional precisa identificar os aspectos culturais das famílias, pois para assisti-las é importante conhecer e respeitar as diferenças que possa haver entre a mesma e a população urbana. Entre as diferenças das pessoas do campo e da cidade, a mais observada relaciona-se a ocupação ou profissão predominante no meio, que está voltada à produção primária como base da economia rural. Geralmente, para essas pessoas, o corpo é significado de força e instrumento de trabalho que, muitas vezes, fica exposto a variações climáticas e a produtos químicos. Assim, envelhecendo precocemente com a qualidade de vida prejudicada[11].

Nesse enfoque, os indivíduos que trabalham no meio rural podem apresentar dificuldades com o cuidado ao corpo (postura de trabalho, carga horária compatível, proteção ao uso de agrotóxicos, entre outros), sendo observadas, na maioria das vezes, pela procura dessas pessoas aos serviços de saúde, unidades básicas de saúde ou hospitais, quando o estado de saúde se agrava por doenças mais complexas, como o câncer, as doenças musculares e do sistema nervoso[11]. A qualidade de vida tem sido preocupação constante do ser humano, desde o inicio de sua existência e, atualmente, constitui um compromisso pessoal à busca contínua de uma vida saudável[12]. Assim, para melhorar a qualidade de vida e enfrentar os desafios que acometem a população rural, a alternativa é melhorar sucessivamente os serviços prestados através de políticas públicas adequadas. Ao se falar em qualidade de vida, acredita-se que está relacionado com algo que se deseja alcançar, dentro de expectativas e necessidades. A qualidade de vida pode ser determinada como a soma das condições econômicas, ambientais, científico - culturais e políticas coletivamente construídas e postas à disposição dos indivíduos para que estes possam realizar suas potencialidades. Em sua essência, pode ser reproduzida pela satisfação em viver bem[12]. A partir do processo de ordenamento e reordenamento do mundo moderno, com a revolução industrial, o espaço rural tem sido observado em seu contexto, escasso nas implantações de políticas públicas que viabilizassem e/ou garantisse a obtenção de recursos ou serviços de bem estar social a essa população, tanto na questão agrária, quanto em outros direitos básicos garantidos à população urbana (acesso à saúde, educação, entre outros)[12]. Isso

ocorre porque o Estado promove o aumento das tecnologias, mas não considera as desigualdades de acesso a elas, promove um processo de distinção social, mas não dispõe de um atendimento igualitário em serviços básicos, principalmente na educação e saúde, podendo levar à exclusão. Ao viver em um ambiente que, muitas vezes, é isolado geograficamente, o contexto de vida da população rural representa características distintas da realidade da população urbana e, consequentemente, dos serviços básicos de saúde e, principalmente os especializados. A população rural ainda vive em condição de desvantagem comparada com a urbana, devido à atenção à saúde ser quase sempre projetada para esta última[13]. Essa desvantagem pode ser observada nos municípios que ainda não tem a implantação de equipes de ESF rurais, mas em contrapartida, a atenção à saúde a essa população esta ganhando o seu espaço, pois mesmo nos munícipios que não há essa implantação, os profissionais de saúde deslocam-se as comunidades para atendê-las. Considerando essa perspectiva, ressalta-se a necessidade de repensar a saúde da população rural desenvolvendo políticas específicas às particularidades epidemiológicas e culturais, serviços acessíveis de acordo com o ambiente e atendimento por equipes que assumam um cuidado acolhedor e resolutivo[13].

No que se refere a situações de adoecimento, a fragilidade imposta pela doença pode levar as pessoas residentes na área rural à "exclusão social" por terem que enfrentar uma sociedade que é excludente dos mais vulneráveis. Se a condição de pobreza, a miséria, o afastamento do trabalho estão presentes, o quadro de vulnerabilidade social se acentua com a doença, limitando ainda mais o acesso a bens e serviços para satisfação das necessidades básicas[14]. Essa perspectiva é corroborada pelo Grupo de Trabalho de Medicina Rural, vinculado à Diretoria de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, constatando que os índices de saúde e determinantes sociais das populações rurais possuem alguns problemas de saúde, tais como: doenças, acidentes e exposições mais frequentes que na área urbana; as taxas de cobertura preventiva sendo mais precárias; e a autoavaliação da saúde mais fragilizada neste meio[15]. Além disso, o cenário rural possui uma escassez de recursos humanos na saúde e o acesso ao sistema de saúde e a integralidade do cuidado são mais difícil. Devido a isso, o conceito de rural, em relação à saúde, precisa ser amplo o suficiente para envolver as diferentes realidades dos profissionais e da população brasileira. Estar suficientemente livre de limites rígidos de dados populacionais, geográficos, num sentido restrito - físico e político. Ainda, estar relacionado a características do sistema de saúde, da prática dos profissionais de saúde e das características de saúde das comunidades específicas[15]. Então, o cuidado às famílias que compõem o contexto rural exige da enfermagem não apenas a apreensão das singularidades individuais e formas de estruturação familiar, requer um cuidado em saúde extensivo que considere os aspectos sociais, políticos e geográficos que permeiam o viver rura[l3]. As famílias se refletem no modo em que se organizam para o trabalho e para a vida. As etapas da vida familiar são marcadas por transições. Estas estão relacionadas com as mudanças das fases de desenvolvimento: os maturacionais, associados com eventos na vida

individual de algum dos membros e que envolve o grupo familiar, como o nascimento dos filhos, o casamento; e os situacionais ou nodais, associados com eventos inesperados, como doença ou morte por acidente, entre outros[16]. Dessa forma, parte-se da suposição de que construir o cuidado à família constitui-se como uma modalidade complexa e desafiadora, na medida em que se lida com uma instituição social de características e dinâmicas próprias. Assim, é preciso estabelecer ângulos e ampliar o olhar para que este possibilite conhecer as mudanças do meio em que os indivíduos e as famílias vivem[17]. As enfermeiras que atuam na área rural são referências para esta população, desempenhando diferentes papéis, tanto na equipe de enfermagem, como na relação com outros setores da comunidade[18]. As pessoas do ambiente rural possuem uma relação muito próxima, o que pode facilitar o atendimento de saúde a essa população. A realização das ações da enfermagem nas comunidades rurais compreende, também, o estabelecimento da relação entre o adoecer e o morrer com o estilo de vida destas pessoas, o tipo de trabalho, os fatores culturais e a busca de alternativas adequadas para a melhoria da qualidade de vida da família rural[18]. A instabilidade da qualidade de vida e de trabalho, as distâncias aos serviços de saúde, a dificuldade da assistência pelos profissionais de saúde, constituem em importantes desafios a serem superados na defesa da saúde da família rural. Nesse contexto, muitos moradores da área rural deixam de procurar assistência à saúde primária e buscando, na maioria das vezes, pelo atendimento hospitalar o que pode significar um problema de saúde agravado[19]. Estudos que enfocam a saúde como uma visão sociocultural destacam a cultura do ser humano na determinação da qualidade de sua saúde, individual e coletiva. No ponto de vista de trabalhar com famílias do cenário rural, entende-se o quanto é importante o profissional integrar-se na cultura popular, para que possa facilitar o desenvolvimento de credibilidade, respeito e aceitação e, assim, planejar atividades que envolvam um cuidado integral e humanizado a essa população[11]. A partir dessas concepções sobre a família, é importante que os profissionais de enfermagem prestem um cuidado integral e não fragmentado, considerando a influencia da localização geográfica, da condição socioeconômica, do trabalho, da etnicidade e do gênero na saúde, e dispondo-se a utilizar estratégias interventivas e de cuidado junto à família. Também, é importante buscar compreender os confrontos das questões da ruralidade à transição da função de cuidar de um familiar e saber se os profissionais promovem o cuidado holístico nesse processo4. Assim, para estudar ou trabalhar com famílias rurais, torna-se importante considerar os aspectos mencionados anteriormente, reconhecendo as singularidades da sua constituição em relação a outras populações, como a urbana, por exemplo[11].

## CONCLUSÃO

A partir desta reflexão, as concepções expostas sobre as famílias rurais tornou-se ponto relevante para o presente estudo, pois estas formam um núcleo relacional inseridas no contexto rural, com específicos valores e culturas, constituídas por indivíduos que compartilham sentimentos, formando laços de interesse e solidariedade, com especificidade

e funcionamento próprios. A atuação da enfermeira no cenário rural é integrar e articular as forças da comunidade para a efetivação do seu trabalho. Muitas vezes, este papel passa a ser o de interceder pelas pessoas para que tenham a assistência necessária. As enfermeiras têm o compromisso de incluir as famílias no cuidado fazendo, do envolvimento com a família, uma parte da assistência. Considerando que as pesquisas de enfermagem, direcionadas à saúde de famílias rurais, ainda são pouco exploradas no Brasil, estudos com esta população podem contribuir para fortalecer o conhecimento na área da enfermagem. Para a enfermagem, a família integra o cotidiano de trabalho, tornando-se um componente que pode representar importância no cenário das práticas de cuidado em saúde, bem como compreende que a família abrange um universo único e que está inserido em determinada realidade, também única. As famílias rurais, embora sejam dependentes do meio urbano, não abolem o seu modo de vida singular, tendo suas características próprias. Para as pessoas que vivem na área rural, o cuidado do corpo e o ter saúde, expressam virtudes humanas ligadas a terra e são características do ser humano que trabalha no campo. Diante disso, com a reflexão do estudo é importante identificar o modo como essas famílias agem frente a situações que envolvam o cuidado em saúde. Nessa perspectiva, o cuidar da família rural é visualizado através do corpo, valorizando o conjunto das afinidades que envolvem a família, o trabalho e a terra. O corpo deve ser pensado como força e instrumento de trabalho, como adaptado a arte de produzir. Desse cuidado humano para facilitar, auxiliar, capacitar e apoiar indivíduos e grupos a conservarem ou readquirirem a sua saúde, bem como o sentir-se bem física e mentalmente, de modo culturalmente significativo. Espera-se que esta reflexão contribua para a compreensão e o desenvolvimento de práticas voltadas à integralidade na realidade rural bem como para a implementação de políticas públicas que propiciem ações voltadas à melhoria das condições de assistência e de saúde dos usuários que habitam o meio rural. Além disso, que favoreça possibilidades de dialogo entre enfermeiros e outros profissionais da área da saúde que cuidam de famílias e populações rurais.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado.

**REFERÊNCIAS**

1 Simionato MAW, Oliveira RG. Funções e transformações da família ao longo da história. I Encontro Paranaense de Psicopedagogia – ABPppr. 2003 Nov. p. 57-66.

2 Wright LM; Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.Tradução de Silvia Spada. 4. ed. São Paulo: Roca; 2009.

3 Wünsch S. Cuidado em saúde nas famílias em assentamento rural: um olhar da enfermagem. [Dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2011.

4 Fernandes GCM, Boehs AE. Contribuições da literatura para a enfermagem de família nocontexto rural. Texto & contexto enferm. 2011 out-dez; 20(4):803-11.

5 Girardon-Perlini NMO. Cuidando para manter o mundo da família amparado: a experiência da família rural frente ao câncer. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.

6 Missio M, Portella MR. Atenção aos idosos rurais no contexto da família: um desafio para a equipe do programa saúde da família. Boletim da saúde. 2003 jul/dez; 17(2):25-36.

7 Silva JG, Grossi MD, Campanhola C. O que há de realmente novo no rural brasileiro. Cadernos de Ciência & Tecnologia. 2002; 19(1):37-67.

8 Zillmer JGV, Schwartz E, Muniz RM. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(6):1371-8.
9 Melo MCB et al. O funcionamento familiar do paciente com câncer. Psicol rev (Belo Horizonte). 2012 abr; 18(1):73-89.

10 Manfrini GC, Boehs AE. Cuidando de famílias rurais na perspectiva do desenvolvimento da família. Ciênc cuid saúde. 2005 set/dez; 4(3): 213-23.

11 Schwartz E, Lange C, Meincke SMK. A enfermagem e os cuidados à saúde da família rural. Fam saúde desenv. 2001; 3(1):48-53.

12 Floriano SO. Identificação da qualidade de vida no meio rural no município de major vieira. Ágora: R Divulg Cient. 2009; 16(1):99-107.

13 Beheregaray LR, Gerhardt TE. A integralidade no cuidado à saúde materno-infantil em um contexto rural: um relato de experiência. Saúde Soc. 2010; 19(1):201-12.

14 Carvalho CSU. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. Rev bras cancerol. 2008; 54(1):87-96.

15 Ando MN, Targa LV, Almeida A, Silva DHS, Barros EF, Schwalm FD, et AL. Declaração de Brasília "O conceito de rural e o cuidado à saúde". Rev bras med fam comunidade. 2011 abr/jun; 6(19):142-4.

16 Fernandes, GCM, Boehs AE. A família rural em fases de transição: mudanças nos papéis e tarefas do cuidado familial. Cogitare Enferm. 2010 jan/mar; 15(1):33-9.

17 Rodrigues CRF, Zioni F. Família como foco na atenção à saúde: perspectiva da saúde da família. *In:* Ohara ECC, Saito RXS. Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade. 2. ed. São Paulo: Martinari; 2010.

18 Budó MLD, Saupe R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. Texto & contexto enferm. 2005; 14(2):177-85.

19 Ministério da Saúde (Brasil). Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

# HOSPITALIZAÇÃO DAS CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: TENDÊNCIA DAS PESQUISAS EM ENFERMAGEM

# HOSPITALIZATION OF THECHILDREN WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS: TREND IN NURSING RESEARCH

# HOSPITALIZACIÓN DELOS NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD: TENDENCIA DE LAS INVESTIGACIÓNES EN ENFERMERÍA

ZAMBERLAN, KellenCervo[1]
NEVES, Eliane Tatsch[2]
SCHVARTZ, HelennaVieira[3]
BUBOLTZ, Fernanda Luiza[4]
CARVALHO, Severo Janete[5]
SEVERO, Valéria Regina Gais[6]
SANTOS, Raíssa Passos dos[7]

1Enfermeira. Mestranda do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Email: kellencz@hotmail.com.
2Enfermeira Pediatria. Doutora em Enfermagem. Professora do departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: elianeves03@gmail.com.
3Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: helenna_schvartz@hotmail.com.
4Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Email: fernandabuboltz@hotmail.com.
5Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria. E-mail: deviga@ibest.com.br.
6Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Email: valeriasevero@ymail.com.
7Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: ra_enf@yahoo.com.br.

**RESUMO:** As crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) devido sua fragilidade clínica, se deparam com internações prolongadas, inúmeras reinternações e aumento da complexidade diagnóstica. Os profissionais da saúde necessitam integrar as dimensões biopsicossociais para o cuidado com novos modos de agir e interagir com a prática. Assim, objetivou identificar e analisar as pesquisas na enfermagem relacionadas ao cuidado às CRIANES hospitalizadas. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada no Banco de Teses e Dissertações brasileiras, em julho de 2013,utilizando a seguinte estratégia "Cuidado, criança e hospital" no índice "assunto" selecionando todas as palavras, sem recorte temporal. Para a análise dos resultados pautou-se na Análise de Conteúdo Temática.

Os resultados dos estudos analisados demonstraram questões relacionadas ao cuidado às CRIANES e sua família no ambiente hospitalar. Espera-se auxiliar na maneira como os profissionais lidam com esta clientela, facilitando o trabalho da equipe, contribuindo para a qualificação do cuidado prestado.

**DESCRITORES:** Enfermagem pediátrica; Cuidados da criança; Doença crônica; Equipe de enfermagem; Família.

**ABSTRACT:** Children with special health care needs (CSHCN) because of its fragility clinical encounter prolonged hospitalizations, numerous hospitalizations and increased diagnostic complexity. Health professionals need to integrate the biopsychosocial dimensions for the care with new ways of acting and interacting with practice. Thus, this study aimed to identify and analyze the research related to nursing care of hospitalized CSHCN. It is a literature held at Brazilian Theses and Dissertations, in July 2013, using the following strategy "Caution, and child hospital" index "subject" selecting all words, no time frame. For the analysis of the results was based on the qualitative analysis. The results of the studies analyzed showed issues related to the care CSHCN and his family in the hospital. Expected to assist in how professionals deal with these clients, facilitating the work of the team, contributing to the quality of care provided.

**DESCRIPTORS:** Child health; Child care; Nursing Team; Family.

**RESUMEN:** Los niños con necesidades especiales de salud (CSHCN-sigla inglés) debido a su fragilidad clínicos, encuentro con hospitalizaciones prolongadas, numerosas hospitalizaciones y una mayor complejidad diagnóstica. Los profesionales de salud deben integrar las dimensiones biopsicosociales para el cuidado con las nuevas formas de actuar y interactuar con la práctica. Así, objetivó identificar y analizar las investigaciones en la enfermería relacionadas con el cuidado del CSHCN hospitalizados. Es una literatura que tuvo lugar en el Banco de Tesis y Disertaciones brasileñas, en julio de 2013, usando la siguiente estrategia “Cuidado, niño y hospital” en el índice “asunto” seleccionar todas las palabras, hay un tiempo. Para el análisis de los resultados se basa en el análisis cualitativo. Los resultados de los estudios analizados mostraron cuestiones relacionadas con los CSHCN cuidado y su familia en el hospital. Esperado ayudar en cómo los profesionales hacen frente a estos clientes, facilitando el trabajo del equipo, lo que contribuye a la calidad de la atención prestada.

**DESCRIPTORES:** Salud del niño; Cuidado del niño; Grupo de enfermería; Familia.

**INTRODUÇÃO**

As inovações tecnológicas na área de terapia intensiva neonatal e pediátrica acabaram desencadeando o surgimento de um novo grupo de crianças clinicamente frágeis e que, em muitos casos, dependente de aparatos tecnológicos para sua sobrevivência. Nos Estados Unidos, este grupo é estudado desde a década de 1980 e foi denominada como Children with Special Health Care Needs (CSHCN)[1] referindo-se às crianças com estado de saúde delicado, e ainda dependente de cuidados de saúde contínuos. Já no Brasil, esta clientela emergente nos serviços de saúde, é denominada crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES).[2,3]Devido sua fragilidade clínica, as CRIANES se deparam com internações prolongadas, inúmeras reinternações e aumento da complexidade diagnóstica[3], exigindo que a família se adapte a esta realidade. Deste modo, estas crianças passam por sucessivas internações, e algumas por longos períodos, acrescido a isso a gravidade de cada caso, o que pode potencializar as suas necessidades especiais de saúde, interferindo no seu crescimento e desenvolvimento adequado. [4] Para os profissionais o fato da assistência às CRIANES ser uma realidade nova é desafiador, em especial para os profissionais de enfermagem que se defronta com esta clientela durante períodos prolongados de internações, reinternações e, também, no acompanhamento domiciliar após a alta hospitalar. Com isso, a equipe, muitas vezes, se afasta dessa criança e de sua família por desconhecer suas necessidades especiais, as demandas de cuidados e a preparação dos cuidadores familiares para a implementação desses cuidados. [3] A enfermagem tem a função de identificar as reais necessidades de cada familiar, pois a assistência uniformizada aos familiares pode não atender as suas necessidades, podendo diferenciar-se ou igualar-se dependendo da instituição e da população abrangida. [5] A assistência de enfermagem deve ser destinada às necessidades individuais da criança e do familiar, de modo que estes darão subsídios para os cuidados e as orientações que serão fornecidas e prestadas para a CRIANES como para seu familiar cuidador tanto durante sua internação como também no momento da alta. As CRIANES possuem distintas necessidades de cuidado, e ainda estão invisíveis nas políticas publicas e muitas vezes não são amparadas nos serviços de saúde em geral no nosso país. Juntamente com essas dificuldades, este grupo não é reconhecido pela sociedade como seres que demandam uma série de cuidados para toda sua vida, principalmente no pós-alta hospitalar, e o acompanhamento que deveria oferecer suporte para o cuidado domiciliar, muitas vezes, não existe, a não ser as consultas ambulatoriais de rotina.[4] A experiência de hospitalização é complexa para a criança, uma vez que gera medos e ansiedade pelo ambiente desconhecido e ameaçador, onde o apoio representado pela presença da família é fundamental[6].Cada vez mais, a família está presente no cuidado à criança no ambiente hospitalar se tornando sujeito ativo deste cuidado. No contexto familiar, seus membros estão inseridos em um contexto sociocultural, na interação com o outro, compartilhando crenças e valores, possui demandas e necessidades específicas. A família precisa ser considerada sujeito de direitos, que necessita do reconhecimento por parte dos profissionais de saúde, dependente do apoio destes para potencializar seus saberes

para a prática de cuidado da CRIANES. [7] Diante desta realidade, os profissionais da saúde necessitam dirigir seu olhar para a família como um objeto de cuidado, tendo em vista um processo de produção de relações e intervenções, para além do conhecimento clínico. Deste modo, os profissionais precisam fornecer um cuidado integral à criança, o qual inclua a família neste processo, estabelecendo vínculos, confiança e responsabilização, atribuindo o respeito à singularidade do binômio filho-família. [6] Apesar da legislação de saúde vigente no país preconizar o cuidado integral aos usuários e as ações estão pautadas na humanização da assistência, se faz necessário mudar urgentemente o paradigma existente hoje no contexto da saúde da criança em nosso país. [8] Para isso, ao se trabalhar com CRIANES e sua família, os profissionais da saúde necessitam integrar as dimensões biopsicossociais para o cuidado dos indivíduos, famílias e comunidades com novos modos de agir e de interagir com a prática, havendo a necessidade de mudanças na organização do trabalho, na formação e na atuação dos profissionais de saúde. [9] Diante disso, questiona-se: O que tem sido pesquisado por enfermeiros sobre o cuidado às CRIANES hospitalizadas?

## OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo identificar e analisar as pesquisas na enfermagem relacionadas ao cuidado às CRIANES hospitalizadas.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada no Banco de Teses e Dissertações do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), em julho de 2013. Foi realizada uma busca nos resumos no banco, com a seguinte estratégia "Cuidado, criança e hospital" no índice "assunto" selecionando todas as palavras, sem recorte temporal. Destaca-se que se optou por utilizar esta estratégia, pois a terminologia CRIANES ainda está emergindo, e o número de produções é reduzido. Foram incluídas teses e dissertações que abordaram questões relacionadas ao cuidado à criança com necessidades especiais de saúde hospitalizadas; e excluiu-se as produções que após a leitura dos resumos não convergiam com a temática proposta bem como resumos ausentes e/ou incompletos. Os dados foram organizados em um quadro sinóptico com as seguintes informações: Código, título/autor, sujeito, ano, abordagem, instituição, tipo de estudo, objetivos dos estudos e principais resultados. Para a análise dos resultados pautou-se na Análise de Conteúdo Temática. [10] A Análise de conteúdo busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. "Permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especificados e científicos". [10]

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a referida estratégia, totalizou-se 551 produções encontradas. Refinando com a palavra "Enfermagem" permaneceram 229 produções. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, selecionou-se 19 produções que compuseram o *corpus* da pesquisa (Apêndice).

Destaca-se que a partir dos estudos selecionados, 84,21% são dissertações (n=16) e 15,79% (n=3) são teses. Quanto aos sujeitos que fizeram parte dos estudos 26,31% eram crianças (n=5), 26,31% eram com enfermeiros (n= 5), 10,53% com o cuidador principal (n=2), 10,53% com Mães/equipe de enfermagem (n=2) e 10,53% (n=2) com a família. Já criança/família, profissionais de saúde, criança/equipe de enfermagem, perfizeram um total de 5,26% cada (n=1).Em relação à abordagem utilizada na pesquisa 78,95% eram estudos qualitativos (n=15); 15,79% eram quantitativos (n=3) e 5,26% eram quanti-qualitativo (n=1). Quanto ao ano de publicação das produções, destaca-se que os anos de 2009 e 2012 apresentaram o maior número com 15,79% do total (n=3) cada. Já os anos de 1999, 2002, 2005 e 2006, apresentaram 10,53% cada das produções (n=2); e 1998, 2001, 2008, 2010 e 2011 com 5,26% cada ano (n=1).Quanto à instituição de origem das produções destaca-se que a maior parte foi realizada em instituições federais, sendo que Universidade de São Paulo teve o maior número de estudos com 26,31% dos estudos (n=5). A Universidade Federal do Ceará apresentou 21,05% (n=4), a Universidade Federal de Santa Catarina apareceu com 15,79% cada (n=3) juntamente com a Universidade Federal do Rio de Janeiro. A Universidade Federal do Rio Grande, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual de Maringá apareceram com 5,26% cada do total de produções (n=1). Quanto ao cenário de pesquisa, todos foram realizados no ambiente hospitalar. Referente ao objetivo dos estudos 31,58% tinha como interesse em promover estratégias de enfermagem que garantam a autonomia dos familiares (lúdico, materiais didáticos, orientações) (n=6); 21,05% estudaram o processo de cuidado à CRIANES no hospital (n=4); 15,79% descreveram o "estar" hospitalizado no cotidiano das CRIANES (n=3); 15,79% avaliaram intervenções de enfermagem direcionadas a patologia (n=3); 5,26% estudaram significado do trabalho da enfermeira na assistência a criança hospitalizada e sua família (n=1), 5,26% a percepção dos pais em ter um filho com necessidades especiais de saúde (n=1) e 5,26% o significado do cuidado espiritual a criança hospitalizada (n=1). Após a análise dos resumos, os resultados foram agrupados dando origem à categoria: **O cuidado às CRIANES hospitalizadas e suas famílias** que demonstrou questões relacionadas ao cuidado às CRIANES e sua família no ambiente hospitalar. As condições emocionais e a capacidade do cuidador principal em adquirir conhecimento foram destacadas, visando o preparo deste para realizar os cuidados com a criança, no qual relataram que as orientações dos profissionais são voltada especificamente para a patologia. [P1] Os sentimentos que envolvem os pais diante do diagnóstico complexo do seu filho devem receber destaque pela equipe de enfermagem, a qual pode auxiliar os pais no processo adaptativo à nova situação existencial, renovando as esperanças e fortalecendo a família. [P13] Na assistência a criança sem perspectiva de cura, o enfermeiro acaba dedicando-se ao familiar como foco central de suas ações de cuidar, com o intuito de apoiá-lo nesse momento especial de sofrimento pela doença de sua criança. [P18]O cuidado fornecido pelo cuidador no ambiente domiciliar é influenciado pela maneira como esse foi orientado e incluído no processo de cuidado no ambiente hospitalar, além de que possibilita

ao cuidador maior tranquilidade e segurança na realização das tarefas que atendam as necessidades da criança. [P2,P7,P13] Encontros em grupo além de formulação de cartilhas ou manuais permitem a abertura entre os participantes, o que favorece troca de experiências e ideias que influenciam e ampliam as possibilidades de escolhas para a construção de suas redes de cuidados. [P3,P8,P17] As ações lúdicas interferem positivamente durante a internação, contribuindo no enfrentamento da doença por parte das CRIANES, diminuindo os fatores estressantes que lhes causam sofrimento psíquico no ambiente hospitalar. Além disso, a equipe de enfermagem busca desenvolver suas ações na perspectiva de confortar e minimizar os efeitos do tratamento, buscando o alívio da dor. [P4,P6,P12,P15,P18]Em muitos casos, a assistência e intervenções por parte dos profissionais, principalmente, pela equipe de enfermagem, assumem caráter tecnicista e mecanicista, voltado para a patologia da criança, muitas vezes centrado nos cuidados e prescrições médicas. [P5,P9,P10,P11] Porém, os sujeitos trazem que esta visão está começando a ser modificada, na qual o familiar começa a ser incluído pela equipe no cuidado direto a criança, abrangendo seus aspectos objetivos e subjetivos, bem como no estabelecimento de relações de confiança com os mesmos. [P5,P14] Esta inclusão por parte dos familiares restringe-se no desenvolvimento de tarefas consideradas menos complexas e muitas vezes de responsabilidade da equipe de enfermagem, como por exemplo, nos cuidados de higiene e alimentação. [P7]Em relação às orientações que a equipe devem fornecer a família, os estudos trazem que a principal limitação no preparo da família referese a ausência materna na unidade, a drogadição materna e dificuldade de compreensão das orientações, em geral justificadas pela baixa escolaridade, o que acaba desestimulando os profissionais no desenvolvimento desta atividade importante para o preparo do familiar no cuidado domiciliar. [P7] Com relação ao cuidado espiritual, segundo enfermeiras, não apresenta uma definição única; ele foi valorizado pelas informantes com influência, a partir de dor e sofrimento. Ao mesmo tempo em que as enfermeiras atendem às necessidades espirituais da sua clientela, elas se confortam por meio do apoio promovido por esse cuidado. [P19] A doença crônica gera desconforto e se comporta como uma ruptura/quebra na rotina da CRIANES e sua família, alterando assim todo o sistema de vida na qual estão inseridos. Já durante a hospitalização, muitas vezes, torna-se estressante para a criança, por diversos motivos, inclusive, por não ser o seu local de “aconchego”, não ser o seu lar no seio da sua família. [11] No início do processo de descoberta do diagnóstico de uma incapacidade ou doença crônica, ocorre uma sequência de reações na família da criança, independentemente da natureza real da condição. O estágio inicial é intensamente emocional, sendo caracterizado por choque, descrença e, algumas vezes, negação. [2] A família de uma criança ou adolescente com uma doença crônica precisa reorganizar seu projeto de vida, possibilitando que esta se desenvolva e compreenda-se como um membro participante. Nesta perspectiva, a equipe de saúde pode auxiliar a família nesta reorganização do seu projeto existencial, permitindo o estabelecimento de um vinculo terapêutico efetivo, valorizando a singularidade e a historicidade do ser família. [7] A brincadeira e o diálogo são estratégias que servem para

minimizar os efeitos da hospitalização e esclarecer os cuidados técnicos realizados, amenizando o trauma que esta situação pode causar na criança. Desta forma, com vista na recuperação da criança, a assistência é pautada não somente no cuidado físico, mas também no emocional. [12] Assim, no contexto hospitalar, os cuidados de enfermagem adquirem visibilidade e são desenvolvidos pela enfermeira na relação pedagógica com a mãe ou cuidador da CRIANES. A articulação enfermeira/mãe ou cuidador da CRIANES é mediada por um modelo pedagógico, cujas ações se direcionaram para o treinamento, pautando-se no paradigma biomédico, na demanda de cuidados tecnológicos, na realização de técnicas para cuidar, e na doença da CRIANES. Esse modelo pedagógico é implementado em etapas: explicação sobre a doença, treinamento no procedimento técnico. [13] Geralmente, as famílias têm grandes dificuldades no processo de cuidar, que se iniciam logo que se deparam com o diagnóstico, seguido dos cuidados à criança e sua inserção social. Deste modo, os profissionais de saúde ao desenvolverem sua assistência, devem focar o binômio criança-família, destacando as situações em que existem alterações físicas. [14] Os profissionais preocupam-se em ajudar à família a lidar com essa situação, ensinando como agir e fazer, por meio de uma linguagem acessível. Deve haver uma interação, na qual o familiar é fonte de informações relevantes. Essa interação é vista como algo que irá auxiliar na recuperação da criança. A inclusão do familiar visa a sua colaboração no cuidado, sob a forma de suporte psicológico, com o intuito de contribuir na melhora do quadro clinico e emocional da criança. [12] A preparação da família para os cuidados domiciliares requer comprometimento por parte da equipe, exigindo competência tanto no planejamento como na dinâmica de realizar as instruções de alta, e que possibilita que os pais aprendam sobre as necessidades de cuidados de saúde da criança. O cuidado centrado na família torna-se essencial ao cuidado a criança, e não mais uma opção.[4] A partir da inclusão da família, a busca pelo conhecimento dos procedimentos que irão ser realizados, faz com que a família e/ou cuidadores, sintam-se seguros e tranquilos. Para quer isso aconteça, a equipe de saúde deve respeitar a fase de adaptação da família, inserindo-os de forma gradual no cuidado da criança. O processo de ensino-aprendizado pode ser complexo e estressante para todos, exigindo paciência e dedicação de ambas as partes. [4] Após a família estar munida com orientações e segura para realizar o cuidado domiciliar, o retorno ao domicílio acarretará em mais uma etapa do processo de adaptação, exigindo mudanças no ambiente social e domiciliar. [14] No que tange a questão religiosa e espiritual, a família das crianças trazem que o grupo de oração da igreja auxiliou e fortaleceu a aceitação da doença por parte dos pais. A crença em Deus leva a família a acreditar a proteção de complicações clínicas e dá forças para estes continuarem a luta para a recuperação da criança. [15]

## CONCLUSÕES

A partir deste estudo, pode-se observar que as tendências das pesquisas realizadas pela enfermagem relacionadas ao cuidado às CRIANES no ambiente hospitalar estão sendo desenvolvidas de forma significativa com as crianças e suas famílias, com o enfoque de

como esses convivem com as internações. Além disso, a relação com os profissionais da equipe de enfermagem também foram destacadas. Dentre os anos de maior produção, 2009 e 2012 aparecem em destaque, além de que os estudos selecionados foram realizados em sua grande parte nos últimos 10 anos. As instituições federais apresentam o maior número de estudos, assim como as pesquisas qualitativas e dissertações. A assistência e intervenção de enfermagem direcionam-se ainda para a patologia, sem levar em consideração as reais necessidades da criança e sua família, o que muitas vezes dificulta cuidado no ambiente domiciliar. Assim, toda a assistência fornecida à CRIANES, repercutirá no cuidado que será desempenhado pelos familiares no domicílio. Há ainda, um pequeno número de pesquisas no que tange a equipe de enfermagem mediante ao cuidado complexo e diferenciado que demandam as CRIANES, bem como as dificuldades e facilidades de trabalhar com esta clientela no ambiente hospitalar. A partir de pesquisas sobre esta temática na visão da equipe, espera-se auxiliar na maneira como os profissionais lidam com esta clientela, facilitando o trabalho da equipe assim que melhorando a qualidade da assistência prestada. Recomenda-se que os profissionais criem estratégias em seu cotidiano no ambiente hospitalar a fim de que possibilite a inclusão dos familiares no cuidado a CRIANES, com vista na autonomia destes sujeitos. Além disso, os profissionais da equipe de enfermagem devem atentar para a constante busca de conhecimento, o que facilitaria o trabalho frente à complexidade dos diagnósticos desta clientela.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processo de cuidado.

**REFERÊNCIAS**

1. McPherson MG, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newachek PW, et al. A new definition of children with special health care needs. Pediatrics. 1998 Jul; 102(1);137-41.

2. Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML. Wong Fundamentos da enfermagem pediátrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

3. Neves ET, Cabral IE. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. Rev gaúcha enferm. [internet] 2008 Jun [acesso em 2013 Jul 28]; 29(2):139-51. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5533>

4. Góes FGB, Cabral IE. Crianças com necessidades especiais de saúde e suas demandas de cuidado. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online. [internet]. Rio de Janeiro, 2010 Abr/Jun; [acesso 2013 Jul 30]; 2(2):889-901. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/579/pdf_22>.

5. Côa TF, Mpettengill MAM. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Rev da Escola de Enferm da USP, São Paulo. [internet] 2011 [acesso em 2013 Jul 20]; 45(4): 25-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a05.pdf>

6. Quirino DD, Collet N, Neves AFGB. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. Rev gaúcha enferm. [internet] 2010 Jun [acesso em 2013 Jul 20]; 31(2):300- 6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983- 14472010000200014>

7.Elsen I, Souza AIJ, Marcon SS. Enfermagem à família: dimensões e perspectivas. Maringá: Eduem; 2011. 351p.

8. Silva LRS, Christoffel MM, Souza KV. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. Texto Contexto Enferm. Florianópolis. [internet] 2005 Out/Dez [acesso em 2013 Jul10]; 14(4):585-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a16v14n4.pdf>

9. Ferreira RC, Vargas CRR, Silva RF Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Ciên saúde coletiva. 2009; 14(Supl. 1):1421-8.

10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ªed. São Paulo: Hucitec; 2010. 410p.

11. Silveira A, Neves ET. Crianças com necessidades especiais de saúde: tendências das pesquisas em enfermagem. R. Enferm. UFSM. [internet] 2011 Mai/Ago [acesso 2013 Jul 29]; 1(2):254-260. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2500/1637>

12. Rossi CS, Rodrigues BMRD. Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familial da criança hospitalizada. Acta Paul Enferm. [internet]. 2010 [acesso 2013 Jul 29]; 23(5):640-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000500009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

13. Moraes JRMM, Cabral IE. The social network of children with special healthcare needs in the (in)visibility of nursing care. Rev Latino-am de enferm, [internet] Ribeirão Preto. 2012 Mar/Abr [acesso em 2013 Jul 30]; 20(2):282-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/10.pdf>

14. 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. Florianópolis. [internet] 2011 Abr/Jun [acesso em 2013 Jul 30]; 20(2): 319-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a14v20n2.pdf>

15. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. Religião e espiritualidade: e Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. Rev Bras Enferm. Brasília. [internet] 2009 Jan/Fev [acesso em 2013 Jul 28]; 62(1):100-6. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/15.pdf>

Apêndice: Quadro 1: Quadro referente as produções selecionadas no estudo contendo código, título, autor, ano, instituição, tipo de estudo, Santa Maria, RS. 2013.

| Código | Título/Autor | Ano | Instituição | Tipo de Estudo |
|---|---|---|---|---|
| P1 | O agente de autocuidado e a utilização de orientações disponíveis no cenário do processo cuidativo da criança portadora de fissura lábio-palatal./Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini | 2001 | Universidade de São Paulo | Dissertação |
| P2 | Vivenciando o ser prematuro extremo no contexto hospitalar e domiciliar./Deisi Cardoso Soares | 2006 | Universidade Federal do Rio Grande | Dissertação |
| P3 | 0 cuidado à criança diabética na teia da vida./Eleonor Trevisan. | 1998. | Universidade Federal de Santa Catarina | Dissertação |
| P4 | O Lúdico no enfrentamento da hospitalização de crianças com doenças crônicas./Flávia Moura de Moura. | 2009 | Universidade Federal da Paraíba | Dissertação |
| P5 | A percepção do enfermeiro sobre o cuidado prestado à criança portadora de doença crônica hospitalizada em companhia de um familiar./Juliana Bastoni da Silva. | 2006 | Universidade Estadual de Campinas | Dissertação |
| P6 | Do horror ao amor: compreendendo o significado de estar hospitalizado no cotidiano de crianças e adolescentes com doenças crônicas./Juliana Homem da Luz. | 2009 | Universidade Federal de Santa Catarina | Dissertação |
| P7 | Percepção de mães acompanhantes acerca do preparo para alta hospitalar do bebê prematuro: ações da equipe de saúde em unidade de terapia intensiva neonatal./Kayna Trambini Schmidt. | 2011 | Universidade Estadual de Maringá | Dissertação |
| P8 | Cuidados com o bebê prematuro: cartilha educativa para orientação materna./Luciana Mara Monti Fonseca. | 2002 | Universidade de São Paulo | Dissertação |
| P9 | Desobstrução ineficaz das vias aéreas em crianças asmáticas: análise da eficácia de um protocolo de intervenções./Luisa Helena de Oliveira Lima. | 2010 | Universidade Federal do Ceará | Tese |
| P10 | Organização do trabalho na assistência ao prematuro e família em uma UTI neonatal de Cuiabá-MT./Maria Aparecida Munhoz Gaíva. | 2002 | Universidade de São Paulo | Tese |
| P11 | Cuidado Clínico à criança com hidrocefalia: construção e validação de instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem./Maria Cláudia Moreira de Alcântara. | 2009 | Universidade Estadual do Ceará | Dissertação |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| P12 | Os prematuros respondem aos cuidados de enfermagem: uma ação que acalma ou estressa? Um experimento fundamental sobre cuidadores e cuidados./Maria de Fátima Hasek Nogueira. | 1999 | Universidade Federal do Rio de Janeiro | Dissertação |
| P13 | Cuidado de enfermagem durante o processo de adaptação entre pais e recém-nascidos com anomalias congênitas./Roberta Porto da Silva. | 2008 | Universidade Federal de Santa Catarina | Dissertação |
| P14 | O cuidado do enfermeiro no cotidiano de uma unidade de cardiopediatria./Tereza Cristina Felippe Guimarães | 2005 | Universidade Federal do Rio de Janeiro | Dissertação |
| P15 | (Re) construindo o hospital: a ótica da criança portadora de doença renal crônica./Sonia Regina Pereira. | 1999 | Universidade Federal de São Paulo | Tese |
| P16 | Caracterização de diagnósticos de enfermagem em crianças com cardiopatia congênita: estudo num hospital especializado em doenças cardiopulmonares./Viviane Martins da Silva | 2005 | Universidade Federal do Ceará | Dissertação |
| P17 | Cuidado de enfermagem em grupo à família de crianças/adolescentes com transplantes cardíacos./Silvania Braga Ribeiro. | 2012 | Universidade Federal do Ceará | Dissertação |
| P18 | O enfermeiro e a criança no contexto da doença oncológica fora de possibilidade de cura atual./Ana Claudia Moreira Monteiro. | 2012 | Universidade do Estado do Rio de Janeiro | Dissertação |
| P19 | Os sentidos do cuidado espiritual atribuídos pelas enfermeiras na oncologia pediátrica./Fabiane Cristina Santos de Oliveira. | 2012 | Universidade de São Paulo | Dissertação |

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À FAMÍLIA DE CRIANÇA PORTADORA DE PARALISIA CEREBRAL

# ROLE OF NURSING IN FACING THE FAMILY CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

# PAPEL DE LA ENFERMERÍA FRENTE A LOS NIÑOS DE LA FAMILIA CON PARÁLISIS CEREBRAL

SILVA, Júlia Heinz da[1]
NEVES, Eliane Tatsch[2]
BUBOLTZ, Fernanda Luisa[3]
CARVALHO, Janete Severo de[4]
SANTOS, Raíssa Passos dos [5]
KINALSKI, Daniella Dal Forno [6]
BRUINSMA, Jamile Lais [7]

1 Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Bolsista PRAE. E-mail: juheinz@hotmail.com.br
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora Adjunta do Curso de Graduação e de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.
3 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.
4 Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.
5 Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Bolsista PRAE.
6 Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.
7 Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem. Bolsista PROIC/HUSM.

**RESUMO:** A Paralisia Cerebral (PC) é uma deficiência neurológica não progressiva na infância caracterizada pela falha do desenvolvimento da postura e do movimento, limitações dos sentidos e da fala e, em alguns casos, presença de crises epiléticas. Crianças com PC apresentam um alto nível de dependência, o que repercute diretamente à família e à

pessoa que assume o papel de cuidador. Na maioria das vezes as famílias não estão preparadas para receber o diagnóstico de PC e nem para lidar com uma criança que apresenta necessidades especiais. A partir disso, surge a vontade de verificar quais são as maiores dificuldades enfrentadas pelos familiares de crianças com PC e perceber como a enfermagem pode auxiliar para amenizá-las. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica de caráter narrativo em bases de periódicos. Os estudos demonstraram que as maiores dificuldades são na aceitação do diagnóstico e depois na forma de lidar e cuidar da criança portadora de PC, pois esta necessita de inúmeros cuidados que geram sobrecarga e níveis elevados de estresse nos familiares. Com isso, conclui-se que a enfermagem pode prestar apoio oferecendo um cuidado humanizado, considerando a singularidade e o contexto de cada família e praticando educação em saúde.

**Descritores:** Saúde da Criança; Paralisia Cerebral; Enfermagem; Família.

**ABSTRACT:** Cerebral Palsy (CP) is a nonprogressive neurological disability in childhood characterized by failure of the development of posture and movement, limitations of the senses and speech, and in some cases, the presence of seizures. Children with CP have a high level of dependence, which directly affects the family and the person who assumes the role of caregiver. Most often families are not prepared to receive the diagnosis of PC and not to deal with a child who has special needs. From this comes the desire to check what are the major difficulties faced by families of children with CP and realize how nursing can help to mitigate them. For this, we conducted a literature review of narrative character in regular bases. Studies have shown that the greatest difficulties are in acceptance of the diagnosis and then in dealing and taking care of children with PC, as this requires many precautions that generate overhead and high levels of stress in the family. Thus, it is concluded that nursing can provide support by offering a humanized care, considering the context and uniqueness of each family and practicing health education.

**Descriptors:** Child Health; Cerebral Palsy; Nursing; Family.

**RESUMEN:** Parálisis Cerebral (PC) es una discapacidad neurológica no progresiva en la infancia caracterizado por el fracaso del desarrollo de la postura y el movimiento, las limitaciones de los sentidos y el habla, y en algunos casos, la presencia de convulsiones. Los niños con parálisis cerebral tienen un alto nivel de dependencia, lo que afecta directamente a la familia y la persona que asume el rol de cuidador. Muy a menudo las familias no están preparadas para recibir el diagnóstico de la PC y no tener que lidiar con un niño que tiene necesidades especiales. De ahí el deseo de comprobar cuáles son las principales dificultades que enfrentan las familias de los niños con parálisis cerebral y darse cuenta de cómo la enfermería puede ayudar a mitigarlos. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica de carácter narrativo en bases regulares. Los estudios han demostrado que las

mayores dificultades se encuentran en la aceptación del diagnóstico y a continuación, en el tratamiento y el cuidado de los niños con PC, ya que esto requiere muchas precauciones que generan niveles de gastos generales y de alta tensión en la familia. Por lo tanto, se concluye que la enfermería puede proporcionar apoyo, ofreciendo una atención humanizada, teniendo en cuenta el contexto y la singularidad de cada familia y la práctica de la educación sanitaria.

**Descriptores:** Salud Infantil; Parálisis Cerebral; Enfermería; Familiares.

## INTRODUÇÃO

O cérebro humano, há muito tempo, vem sendo alvo de estudos, porém muitas perguntas ainda permanecem sem respostas, devido à sua complexidade. Ele comanda todas as funções do nosso corpo, como os movimentos, os pensamentos e os sentidos. Uma agressão a ele, mesmo que pequena, pode trazer consequências irreversíveis para o organismo. A encefalopatia hipóxico-isquêmica perinatal é o termo empregado para designar achados clínicos e neuropatológicos que ocorrem no recém-nascido submetido a um episódio significativo de asfixia perinatal, sendo a causa mais comum de deficiência neurológica não progressiva na infância. Tais deficiências incluem uma variedade de anormalidades denominadas de Paralisia Cerebral (PC).[1] A definição de PC é revisada e modificada em função da ampliação do conhecimento sobre essa condição. Em 1843, William Little, ortopedista inglês, fez os primeiros relatos de uma patologia afetando crianças, nomeando-a de "Síndrome de Little". Freud, em 1897, considerou-a como consequência de uma desordem do cérebro, surgindo, assim, a expressão paralisia cerebral. A partir de 1959, esse distúrbio passou a ser conceituado como encefalopatia crônica não progressiva da infância, decorrente de problemas anteriores à gestação, pré-natais, perinatais, pós-parto e pós-natais.[2] A última alteração, em 2004, define PC como um grupo de desordens do desenvolvimento da postura e do movimento, causando limitação da atividade, sendo a estes atribuídos distúrbios não progressivos que ocorrem no cérebro. As desordens motoras da PC são frequentemente acompanhadas por distúrbios sensoriais, cognitivos, de comunicação e de percepção, além da possível identificação de distúrbios comportamentais e crises epiléticas.[3] Em países desenvolvidos, a incidência da PC é de 2 a 3:1000 nascidos vivos, e as evidências apontam para o aumento na ocorrência dessa morbidade em crianças prematuras com baixo peso ao nascimento. Em países subdesenvolvidos, estima-se maior incidência de PC em relação aos países desenvolvidos. De maneira geral, a PC é classificada em três grupos: espástica, considerada a forma mais comum, com prevalência de 80% a 90%; discinética, com prevalência de 5% a 10% e a atáxica, com prevalência de 2% a 5%.[4] Essa classificação é realizada mediante análise da qualidade do tônus muscular, padrão de expressão motora, região de comprometimento cerebral e gravidade. O tipo de alteração do movimento observado está relacionado com a localização da lesão no cérebro e a gravidade das alterações depende da extensão da lesão.[5] As lesões neurológicas que

desencadeiam uma PC, não podem, com a tecnologia existente hoje, receber uma terapêutica capaz de reduzir a área comprometida. Em virtude disso, o tratamento é realizado com o objetivo de promover o maior grau de independência possível à criança. É necessário que o início do tratamento ocorra precocemente, pois, quanto mais cedo for estimulado o sistema nervoso central, melhor será sua resposta.[6] O tratamento geralmente requer frequentes consultas em hospitais e/ou centros especializados, utilização de determinadas medicações e/ou materiais adaptados à criança, dieta diferenciada, dependência total de um adulto, realização diária de fisioterapia, troca de fraldas, administração de dietas e banho, acarretando elevada sobrecarga nos cuidadores. Devido a isso, um dos fatores mais marcantes relacionados à temática dos problemas neurológicos na infância é a repercussão do diagnóstico no seio familiar. Após o nascimento de um filho com paralisia cerebral, a família precisa adaptar-se a inúmeras condições estressantes que se modificam em intensidade e frequência ao longo do tempo. Essas adaptações dependem dos recursos disponíveis, das características familiares e das necessidades da criança. A incapacidade, a visibilidade da deficiência, os problemas emocionais, as dificuldades de comportamento e a fragilidade da saúde do filho sobrecarregam os pais. Um dos principais desafios é lidar com os problemas da criança de forma eficaz e conciliar essa tarefa com as exigências da vida cotidiana. Os pais podem ter um risco maior de desenvolver distúrbios de saúde física e do bem-estar psíquico. Além das angústias, das expectativas e da pressão de ver o filho na situação de dependência, existe a dificuldade em manejar o próprio tempo.[7] Nesse sentido, a revelação do diagnóstico e prognóstico à família, representa um momento que necessita ser vislumbrado com cautela e preparo, focalizando as dimensões humanas, emocionais e profissionais dos integrantes da equipe de saúde, que irá realizá-lo. A incompreensão, ou, até mesmo, em alguns casos, a negação das necessidades especiais decorrentes da PC, por parte da família, pode levar a uma postergação do início do tratamento e ao aumento das dificuldades vivenciadas pela família para prestar os cuidados à criança com necessidades especiais, bem como a perda de um tempo precioso de estimulação física e cognitiva à criança.[8] Diante disso, fica evidente a necessidade de se estabelecer uma relação de parceria entre a família da criança com deficiência e os profissionais que estarão envolvidos no cuidado. A equipe de saúde deve resgatar a essência do cuidado integral para enxergar as necessidades do outro, levar em consideração aspectos sociais, culturais, afetivos, ampliar o cuidado para a escuta sensível e o diálogo reflexivo e construir junto à família uma proposta terapêutica, levando a criança para além da sua deficiência. Para isso, o fio norteador deve ser o cuidado ampliado multidisciplinar.9 Os enfermeiros, por serem os profissionais que mantêm contato mais direto com a os pacientes e seus acompanhantes, devem estar atentos às necessidades implícitas e explícitas por estes, no sentido de promover um cuidado de qualidade. A partir da vivência durante estágios acadêmicos no Pronto Socorro Pediátrico e na Unidade de Internação Pediátrica de um hospital escola do interior do estado do Rio Grande do Sul, foi possível presenciar inúmeros casos de crianças que internam com o diagnóstico de Paralisia Cerebral e o

impacto que isso gera nas famílias, especialmente no familiar cuidador. Devido a isso, surgiu a necessidade de realizar uma busca bibliográfica com o objetivo de verificar as publicações existentes referentes à temática e observar as principais dificuldades apresentadas pelos familiares e a forma como o enfermeiro e a equipe de saúde podem agir para minimizar o sofrimento dos familiares e da criança portadora de PC para ajudar no enfrentamento da doença e suas consequências.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica do tipo narrativo realizado, durante o mês de julho de 2013, nas bases de periódicos da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), acessando-se o LILACS (Sistema Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde) e o SCIELO (Scientific Eletronic Library Online). Foram encontradas dezenove publicações: nove da base de dados LILACS e dez da SCIELO, utilizando as seguintes palavras: paralisia cerebral *and* enfermagem. Para a seleção das publicações, foi realizada a leitura dos títulos e dos resumos. Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: publicações dos últimos dez anos, na língua portuguesa, que estavam disponíveis *on line*. Após seleção dos textos, procedeu-se a leitura e organizou-se o *corpus* de análise, conforme os objetivos do estudo. Restaram 12 artigos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os artigos encontrados na pesquisa tinham enfermeiros como autores. Quanto ao tipo de pesquisa utilizada, três eram artigos de revisão, oito eram pesquisas qualitativas e uma era pesquisa quantitativa. Os sujeitos das pesquisas foram, na maioria, os familiares de crianças portadoras de Paralisia Cerebral. Após a leitura dos artigos, alguns pontos chamaram a atenção por estarem presentes na maioria dos estudos. Um desses pontos revela que o nascimento de uma criança é considerado um dos acontecimentos mais significativos, tanto na vida da mulher como do homem, pois marca uma importante mudança na estrutura e organização intrafamiliar, exigindo da família, em especial dos pais, a utilização de uma série de mecanismos que possibilitem o enfrentamento e a incorporação da nova situação.[3] Porém, quando a criança nasce com PC, faz com que a família se depare com uma situação nova e assustadora, revestindo-se de nuances de maiores proporções, principalmente por ter o potencial de grande visibilidade, aumentando o receio da família quanto à aceitação da criança pela sociedade. Quando se trata de doenças em crianças, os sentimentos podem ser mais intensos em decorrência de questões culturais de proteção aos filhos e dos laços que se formam desde a gestação. A doença da criança representa um grande impacto na vida dos pais e familiares. Essa experiência provoca desgaste físico e psicológico, principalmente para o cuidador, que pode ter reações, como o aparecimento do medo, insegurança, depressão, entre outros.[10] Todos os membros da família são afetados, e cada um tem sua própria forma de reagir frente às situações inesperadas. Segundo o Modelo de Adaptação de Roy,[11] cada ser humano vivencia, de forma particular, os

processos de adaptação àquilo a que é exposto, e isso é compreendido como um sistema adaptativo, que responde constantemente a estímulos do meio ambiente interno e externo. As respostas às situações impostas pela vida são baseadas em três classes de estímulos. Os estímulos focais são representados pelos estímulos internos ou externos que confrontam o indivíduo. Os estímulos contextuais compreendem todos os outros estímulos presentes na situação e contribuem para o efeito do estímulo focal. Podem ser considerados relativos a todos os fatores ambientais internos e/ou externos que se apresentam à pessoa, mas não são o seu centro de atenção no momento. Tais estímulos influenciarão a forma como a pessoa lida com o estímulo focal. Os estímulos residuais correspondem aos fatores ambientais internos e externos de cuja existência, muitas vezes, o indivíduo não tem consciência. Pode-se exemplificá-lo através de atitudes de reflexos de valores estabelecidos com o microambiente familiar.[12] O nascimento de um filho portador de necessidades especiais seria o estímulo focal. O estímulo contextual é composto pelas redes de apoio, pelos recursos disponíveis e utilizados pela família durante o processo de adaptação ao filho portador de necessidades especiais. Em relação ao estímulo residual, pode ser descrito como as crenças, a cultura, os valores de cada família e de cada ser pessoa que a compõe individualmente. Estudos comprovam que muitas famílias passam pela mesma sequência de estágios razoavelmente previsíveis: impacto, negação, luto, enfoque externo (colocação da criança em ambiente que não seu lar) e encerramento. O ajustamento à situação acontece de modo diferenciado, em tipo e intensidade, dependendo do estágio do ciclo de vida em que a família se encontra. No primeiro estágio de impacto ou choque, a família terá que enfrentar a realidade decorrente do diagnóstico, mantendo as atividades habituais. Os estágios seguintes consistem na reorganização e na integração dessa criança com diagnóstico de paralisia cerebral no seio familiar, com suas limitações e adaptações, tentando preservar a rotina familiar e a integridade com os demais membros da família. A família sempre espera o nascimento de um filho saudável e, ao receber um diagnóstico de Paralisia Cerebral. vários processos são desencadeados. Em sua dinâmica cotidiana, a família buscará formas para se readaptar e enfrentar essa nova situação a fim de resgatar o bem-estar de todos. Esse não é um processo fácil mas, com o tempo, a família passa a aceitar e se adapta às novas exigências. Outro ponto que chama a atenção: o fato de os profissionais de saúde surgirem como sujeitos fundamentais durante o processo de aceitação e enfrentamento dessa situação pela família. O atendimento integral, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência à saúde, e prolonga-se pela quantidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde. Sendo assim, o cuidado a ser dispensado à criança e à família, para ser considerado integral, necessita visualizar, também, a família como um todo, contextualizada em um ambiente, com crenças, culturas, peculiaridades que lhe são próprias. Não basta orientar e indicar à família um atendimento mais complexo para a criança com paralisia cerebral; é fundamental que os serviços e as ações de saúde possibilitem a efetivação da orientação, realizando o *feedback* para avaliar

os resultados obtidos. Ademais, na medida do possível, os serviços devem estabelecer uma interação para discutir os avanços obtidos, além de planejar, em conjunto, novas estratégias de cuidado que atendam a este grupo.[13] Para a equipe de saúde, o cuidar da criança com necessidades especiais, decorrentes de uma PC, e da sua família ultrapassa o cuidado numa mera perspectiva biologicista, agregando muito mais do que as questões anatômicas e fisiológicas da PC. Dessa forma, defende-se que o cuidar da criança com PC e de sua família implica compreender os sentidos e significados dados por eles a cada situação vivida ao longo de sua existência. Implica, também, a utilização conjunta das instrumentalidades tecnológicas disponíveis a serem postas em prol dos sucessos práticos almejados, ou seja, a junção entre as tecnologias do conhecimento científico e a significação que esses seres de cuidado dão a cada momento existencial. Cabe ao enfermeiro o papel de explicar/orientar as famílias, por meio de uma linguagem clara e compreensível, evitando a utilização de termos técnicos, sobre os cuidados que serão necessários à criança, e os familiares necessitam demonstrar que a orientação disponibilizada foi compreendida. Em relação ao diagnóstico e tratamento, consta no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que os pais ou responsáveis têm direito de participar do diagnóstico, prognóstico, tratamento e reabilitação, mediante o recebimento de informações sobre a assistência à criança. [14] A contextualização da família no processo do cuidado à criança e a adoção de uma dimensão mais humana de cuidado está cada vez mais presente no cotidiano da enfermagem. [15] No caso específico das crianças com necessidades especiais, mulheres e homens da família são desprovidos de saberes e práticas relacionadas aos cuidados fundamentais de enfermagem para implementar os cuidados a essas crianças. Quanto ao cuidador, as mães das crianças foram apontadas como as principais responsáveis pelas atividades de cuidado, por passarem mais tempo com os filhos. Sendo assim, cabe à mulher não só a tarefa de cuidar, mas também a de aprender a cuidar. Por sua vez, isso implica a necessidade de ter acesso às informações relacionadas aos saberes de enfermagem fundamental, incluindo os direitos de cidadania, o que envolve o processo de empoderamento. O ser mulher carrega a obrigatoriedade do tornar-se mãe de uma criança dentro de um "padrão" idealizado pela sociedade. A gestação e o nascimento bem-sucedidos podem ser considerados uma vitória em que a mulher tem a sensação da confirmação de sua potência/competência na tarefa de procriar. Os legados (da tradição, dedicação, abnegação, educação e socialização familiar e solidariedade feminina, aliados à obrigação moral) que são transmitidos culturalmente para as meninas da família, contribuíram para que elas internalizassem a função de cuidadora principal da família. Isso implica uma exclusividade da mulher para o desenvolvimento do papel de cuidadora. Esses legados reforçam que o papel da mulher para cuidar é uma construção social ideologicamente determinada, o que se constitui uma obrigação moral. Nesse sentido, para as mulheres é delegada a responsabilidade do cuidado de toda a família, como uma obrigação moral socioculturalmente construída. A mulher-mãe assume e vivencia a responsabilidade pelo cuidado da criança com necessidades especiais. Ao adotar essa

atitude complexa, pode, talvez, inconscientemente, estar exigindo de si mesma a obrigação e a responsabilidade de cuidar daquele que ela foi capaz de gerar e, assim, considerar o fato de cuidar do filho como uma necessidade intrinsecamente determinada. Esse processo vivenciado pela mãe, associado à vocação feminina para o cuidado, provavelmente pode ser considerado o responsável pelo fato de a mãe ser a principal cuidadora, abdicando, em muitos momentos, de sua vida social, profissional e pessoal, visto que a priorização, é dada ao "papel" de ser mãe.[8] A mãe, como principal figura cuidadora, sofre com problemas de estresse, porém os outros membros da família, especialmente o pai da criança, também passa por esse sofrimento. Os fatores mais comumente investigados investigados como responsáveis pela alteração nos níveis de estresse foram: gravidade da deficiência motora/física; problemas de comportamento; distúrbios psicológicos e emocionais; funcionamento familiar; suporte social e estratégias de adaptação. Pais de crianças com paralisia cerebral apresentam nível de estresse maior do que os de crianças sem deficiência, e isso afeta a saúde deles. As alterações de comportamento, distúrbios psicológicos e emocionais das crianças foram os fatores mais comumente associados aos maiores níveis de estresse. O apoio social, a satisfação com o papel pai/mãe, o bom funcionamento familiar, o vínculo afetivo pai/mãe-filho, o apoio do cônjuge e o sentimento de participar ativamente da vida social contribuem para reduzir os níveis de estresse. O alto investimento no cuidado dos filhos causa um sofrimento às vezes invisível aos gestores e pesquisadores que estão focados em outros assuntos, como as técnicas de tratamento e os aspectos estruturais do serviço. Esse sofrimento, não reconhecido, repercute no adoecimento dos pais, o que pode gerar grande impacto social, alteração na dinâmica familiar e alto custo para o sistema de saúde. Existe urgência na construção de programas e ações de saúde coletiva que ofereçam suporte para que todos os envolvidos com a PC fiquem melhor assistidos e menos vulneráveis à sobrecarga física e psicológica.[7]

## CONCLUSÃO

Diante da análise dos estudos selecionados, conclui-se que o nascimento de uma criança, por si só, já promove mudanças no cenário organizacional da rede familiar. Quando há o nascimento de uma criança com alguma necessidade especial, como a Paralisia Cerebral, é um fato inesperado que requer maiores mudanças e adaptações de acordo com as especificidades de cada caso. Receber o diagnóstico de PC é algo muito complicado, pois a doença ainda é muito estigmatizada pela sociedade e pode causar sérios danos psicológicos para quem a vivencia, pois a família dificilmente está preparada para tal situação, e cada pessoa tem seu jeito de lidar com situações inesperadas e estressantes. Isso significa que os familiares, tanto quanto as crianças acometidas pela doença, requerem atenção e cuidados específicos por parte da equipe de saúde. O enfermeiro, como o profissional mais presente no dia a dia da rotina hospitalar frente à família e ao paciente, tem papel fundamental para oferecer suporte emocional e assistencial necessários. Para isso, destaca-se a necessidade de estímulo à educação permanente, atualização profissional, e aprofundamento do

conhecimento científico, para que haja uma rede de apoio especializada e bem estruturada, para que se possa prestar um cuidado e orientações de qualidade à família. Em relação ao fato de a mulher assumir o cuidado integral da criança com PC, a enfermagem pode estimular a inclusão do pai no cuidado, fazendo com que sejam quebrados paradigmas, e a obrigação histórica e culturalmente construída que recai sobre a mulher. Para tentar reduzir o nível de estresse dos pais e familiares, a enfermagem deve estar apta a desenvolver um trabalho mais humanizado, que dê espaço a uma prática dialógica a qual possibilite a troca de informações e o conhecimento mais aprofundado acerca da evolução do quadro clínico, do aspecto emocional e das práticas de atendimento à criança com PC.

Á**REA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado.

**REFERÊNCIAS:**

1. Chagas PSC, Defilipo EC, Lemos RA, Mancini MC, Frônio JS, Carvalho RM. Classificação da função motora e do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral. Rev Bras Fisioter. 2008 Set-Out; 12(5): 409-16.

2. Silva CX, Brito ED, Sousa FS, França ISX. Criança com paralisia cerebral: qual o impacto na vida do cuidador? Rev. Rene, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 204-214.

3. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2005; 47(8): 571-6.

4. Bussotti EA, Pedreira MLG. Dor em crianças com paralisia cerebral e implicações na prática e pesquisa em enfermagem: revisão integrativa. Rev Dor. São Paulo, 2013 abr-jun; 14(2): 142-6.

5. Umphed DA. Reabilitação neurológica. 4ª ed. São Paulo (SP): Manole; 2003.

6. Rotta NT. Paralisia cerebral: novas perspectivas terapêuticas. 2002 Jul; 78(Suppl 1): S48-54.

7. Ribeiro MFM, Porto CC, Vandenberghe L. Estresse parental em famílias de crianças com paralisia cerebral: revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, 18(6): 1715, 2013.

8. Milbrath MM. Cuidado da família à criança portadora de paralisia cerebral nos três primeiros anos de vida [dissertação]. Rio Grande (RS): Fundação Universidade Federal de Rio Grande, Escola de Enfermagem; 2008.

9. Dantas MAS, Pontes JF, Assis WD, Collet N. Facilidades e dificuldades da família no cuidado à criança com paralisia cerebral. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(3): 73-80.

10. Gondim KM, Pinheiro PNC, Carvalho ZMF. Participação das mães no tratamento dos filhos com paralisia cerebral. Rev Rene. 2009 out/dez; 10(4): 136-44.

11. Pontos essenciais do modelo de adaptação de Roy. In: Andrews HÁ, Roy C. Teoria da enfermagem: o modelo de adaptação de Roy. Porto Alegre: Instituto Piaget; 2001. p. 15-39.

12. Maranhão MVM. Anestesia e paralisia cerebral. Rev Bras Anestesiol. 2005; 55(6): 680-702.

13. Milbrath VM, Amestoy SC, Soares DC, Siqueira HCH. Integralidade e acessibilidade no cuidado à criança portadora de paralisia cerebral. Acta Paul Enferm 2009; 22(6): 755-60.

14. Hadden KL, Von Baeyer CL. Pain in children with cerebral palsy: common triggers and expressive behaviours. Pain. 2002; 99(1-2): 281-8.

15. Marques JF, Santos HÁ. A criança como unidade de cuidado e campo de investigação da enfermagem. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde. [acesso em: 04 Mai 2013]. n.2, v.7, p81-6. Mai/Ago 2012. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/19832451/2012/v37n2/a3055.pdf

# O ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE NO TRANSOPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA, RELATO DE EXPERIÊNCIA

# THE NURSE IN MONITORING A PATIENT DURING SURGERY FOR MYOCARDIAL REVASCULARIZATION, EXPERIENCE REPORT

# LA ENFERMERA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTE DURANTE LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA, RELATO DE EXPERIENCIA

PATAT, Cilene Loro[1]
BENETTI, Eliane Raquel Rieth[2]
GOMES, Joseila Sonego[3]
STUMM, Eniva Miladi Fernandes[4]

1 Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva Coronariana e Hemodinâmica. Email: cilene.patat@hotmail.com
2 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Especialista em Urgência, Emergência e Trauma e em Nefrologia Interdisciplinar. Hospital Unimed Noroeste/RS. Docente hora/aula do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ).
3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ).
4 Enfermeira, Mestre em Administração, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ).

**RESUMO:**
**Introdução:** a cirurgia de revascularização miocárdica (RM) é complexa, portanto, requer conhecimentos e habilidades específicas do enfermeiro que atua em centro cirúrgico, com o objetivo de minimizar os riscos inerentes ao procedimento, bem como qualificar a assistência. **Objetivo:** refletir e discutir, a partir da vivência realizada em um Centro Cirúrgico, acerca das atribuições do enfermeiro no cuidado ao paciente no transoperatório de RM. **Metodologia:** relato de experiência em um Centro Cirúrgico a partir do acompanhamento de um paciente submetido à RM. Estágio realizado em agosto de 2012, perfazendo 60 horas. **Resultados:** a participação do enfermeiro no transoperatório de cirurgia cardíaca é importante, porém, em muitos momentos isso não é possível devido à demanda elevada de atividades administrativas. **Conclusão:** esse trabalho pode contribuir

para instigar enfermeiros a refletir e discutir no sentido de qualificar a assistência ao paciente no centro cirúrgico.

**DESCRITORES:** Cirurgia Torácica; Assistência Perioperatória; Cuidados de Enfermagem.

**ABSTRACT:**
**Introduction:** coronary artery bypass grafting (CABG) is a complex chirurgical procedure and therefore requires specific knowledge from the nurse who works in chirurgical centers; this is so aiming to minimize risks of such procedure as well as to improve assistance to the patient. **Objective:** to reflect and discuss the nurse's attributions who work in a Chirurgical Center, from a practical point of view, while taking care of patients after CABG operation. **Methodology:** it is an experimental report developed in a Chirurgical Center based on a patient care after CABG. This was an internship that took place in August of 2012 in a total of 60 hours. **Results:** the participation of a nurse in post cardiac operation procedures is extremely important, however, in many moments this is not a possible option due to many administrative activities. **Conclusion:** this work can contribute to make nurses to reflect upon this issue and improve discussion aiming to make the quality of patient assistance better in a chirurgical center.

**DESCRIPTORS:** Thoracic Surgery; Perioperative Care; Nursing Care.

**RESUMEN:**
**Introducción:** la cirugía de revascularización miocardio es complexa, por lo tanto, requiere conocimientos y habilidades especificas del enfermero que actúa en centro quirófano, con el objetivo de minimizar los riesgos inherentes al procedimiento, bien como calificar la asistencia. **Objetivo:** Reflejar y discutir de la convivencia realizada en una unidad al paciente en el transoperatorio de revascularización de miocardio. **Metodología:** relato de experiencia en un centro quirófano partiendo del acompañamiento de un paciente sometido a la revascularización miocardia.Fase realizado en agosto de 2012, haciendo 60 horas. **Resultados:** la participación del enfermero en el transoperatorio de la cirugía cardiaca es importante, sin embargo, en muchos instantes esto no es posible debido a la demanda elevada de actividades administrativas. **Conclusión:** Ese trabajo puede contribuer para investigar enfermeros a reflejar y debatir en el sentido de calificar la asistencia al paciente en el centro quirófano.

**DESCRIPTORES:** Cirugía Torácica; Atención Perioperativa; Atención de Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Como pós-graduanda do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Enfermagem em Terapia Intensiva Coronariana e Hemodinâmica, foi oportunizado realizar estágio nas Unidades de Terapia Intensiva Coronariana, na Hemodinâmica e no Centro Cirúrgico. No decorrer do mesmo, várias situações foram vivenciadas, dentre elas, a experiência de acompanhar no Centro Cirúrgico um paciente submetido à cirurgia de Revascularização de Miocárdio (RM), a qual passa a se constituir a questão central desse trabalho.

O Centro Cirúrgico se caracteriza por ser uma unidade fechada, livre do acesso de pessoas que circulam por outros ambientes do hospital, com normas, rotinas, materiais, equipamentos e vestimentas específicas, como forma de prevenir contaminações. As infecções hospitalares estão entre as cinco primeiras causas de morte em nível mundial[1]. A doença arterial coronariana (DAC) representa a principal causa de morte no Brasil e um importante agente de incapacidades. Conforme dados disponibilizados pelo Sistema de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, no ano de 2009 ocorreram no País 96.386 óbitos por DAC[2]. Essa doença é responsável por altos custos, tanto na saúde pública quanto privada. Com o objetivo de minimizar estes gastos, é essencial constante aperfeiçoamento na prevenção, diagnóstico e tratamento[3].

Uma das modalidades de tratamento para a doença aterosclerótica grave das artérias coronárias consiste na realização da cirurgia de revascularização de miocárdio-CRM[4]. O referido procedimento cirúrgico permite aos pacientes melhorar a qualidade de vida, diminuir sintomas e aumentar a sobrevida. No período de 2005 a 2007 foram realizadas, no Brasil, 63.272 CRM, representando 340 CRM por milhão de habitante[5].

Perante os diagnósticos de obstrução arterial aliada à necessidade de realização da cirurgia terapêutica, pacientes e familiares vivenciam um misto de sentimentos, dentre eles, angústia, insegurança, medo, ansiedade. Esses sentimentos são gerados pelo fato de o procedimento apresentar ameaça e risco de vida ao paciente, afastando, dessa forma, expectativas positivas quanto ao futuro[6].

A entrada no Centro Cirúrgico proporciona um aumento no nível de estresse do paciente, por se tratar de um ambiente desconhecido. No intuito de minimizar o sofrimento não só do paciente, mas dos familiares, é importante a presença da enfermeira no momento da entrada do paciente, procurando estabelecer vínculo, proporcionar segurança, confiança, auxiliar no enfrentamento do momento estressor, em busca de sanar dúvidas, por meio de um cuidado humanizado[7].

## OBJETIVOS

Busca-se, com este relato, refletir e discutir, a partir da vivência realizada em uma Unidade de Centro Cirúrgico, acerca das atribuições do enfermeiro no cuidado ao paciente no transoperatório de revascularização de miocárdio.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido a partir de vivências de enfermeiros pós-graduandos em Enfermagem em Terapia Intensiva Coronariana e Hemodinâmica. O respectivo estágio foi desenvolvido no período de 13/08/2012 a 24/08/2012, no turno da manhã, das 7h às 13h, totalizando 60 horas em atividades, nas Unidades de Hemodinâmica, UTI Coronariana e Centro Cirúrgico, período no qual foi oportunizado acompanhar no Centro Cirúrgico um paciente no transoperatório de RM.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No período de estágio, foi acompanhado no Centro Cirúrgico um paciente no transoperatório de RM. O mesmo era do sexo masculino, 63 anos de idade, com história de hipertensão arterial e diabetes. No momento, apresentava diagnóstico de obstrução das artérias coronárias descendente anterior (DA) e circunflexa (CX), com indicação de revascularização.

A doença coronariana é mais frequente em idosos e o tratamento de escolha geralmente é a revascularização por apresentarem comprometimento coronariano extenso, artérias rígidas e com calcificação[8]. O procedimento também é realizado com base em fatores, como a gravidade das lesões, a clínica, as características e a anatomia[9].

A cirurgia de revascularização consiste em restabelecer a circulação sanguínea arterial em determinada área do músculo cardíaco, na qual a artéria apresenta elevado grau de obstrução, consequentemente, com dificuldade de irrigação sanguínea no local. O restabelecimento da circulação sanguínea no local da lesão é realizado com a retirada de um vaso sanguíneo de outra região do corpo, como a veia safena magna, a basílica ou cefálica e, posteriormente, enxertada na artéria coronária ocluída[10]. É um procedimento complexo pelo fato de causar significativas alterações fisiológicas e levar ao estresse orgânico, mas é usada como forma terapêutica quando a expectativa de vida é maior do que a do tratamento clínico[11].

Neste sentido, inicialmente, me apresentei no Centro Cirúrgico como Pós-graduanda em Enfermagem em Terapia Intensiva Coronariana e Hemodinâmica à enfermeira responsável, a qual me acolheu e me conduziu até a sala cirúrgica. Esta sala é convencional, porém, atualmente, está sendo usada exclusivamente para cirurgias cardiovasculares. No Brasil existem algumas das salas cirúrgicas híbridas, ou seja, salas com um espaço físico maior e versátil, que dispõe de equipamentos de imagem de alta qualidade presentes em laboratórios de intervenção cardiovascular, os quais permitem que na sala possam ser realizados procedimentos diagnósticos e terapêuticos[12].

A respectiva sala cirúrgica foi organizada com materiais e equipamentos por técnicos de enfermagem, exceto os materiais e equipamentos que integram a circulação extracorpórea (CEC), indispensável à perfusão, providenciados e organizados pela enfermeira perfusionista. Nesse contexto, nem sempre é possível que a enfermeira preste cuidados direto no atendimento ao paciente, mas sim, indiretamente, de maneira a capacitar sua

equipe, planejar, delegar funções, prover recursos, estabelecendo, dessa forma, um ambiente favorável para a realização dos procedimentos em prol da qualidade na assistência ao paciente, extensivo aos familiares[7].

Posteriormente, acompanhei a recepção do paciente no Centro Cirúrgico, realizada pela enfermeira perfusionista, a qual forneceu informações e colocou-se à disposição do mesmo e da família. É fundamental que a enfermeira esteja próxima do paciente durante sua permanência no Centro Cirúrgico, com a finalidade de prestar assistência e fornecer segurança[13].

Após o término do preparo da sala cirúrgica, dois técnicos de enfermagem conduziram o paciente até a mesma, o posicionaram na mesa cirúrgica, realizaram, sequencialmente, monitorização cardíaca, oximetria de pulso e antissepsia da pele. Nesse ínterim, a enfermeira da unidade se fez presente na sala por alguns instantes, supervisionou o trabalho da equipe, realizou punção venosa e cateterismo vesical de demora.

No Centro Cirúrgico o enfermeiro está mais voltado à objetividade das ações, ou seja, sua atenção é direcionada ao ambiente em que o cuidado acontece[7]. As atividades gerenciais do enfermeiro no Centro Cirúrgico limitam a assistência direta ao paciente, mas, de certa forma, são essenciais para que o tratamento ocorra[14].

A equipe responsável pelo procedimento era composta por um médico cirurgião cardíaco, médico auxiliar, anestesiologista, enfermeira perfusionista, enfermeira responsável pela unidade, a qual não permaneceu todo o tempo em sala, um instrumentador e mais três técnicos de enfermagem. Uma equipe de saúde é constituída de pessoas que se relacionam no dia-a-dia, na qual há um reconhecimento da importância do trabalho do outro, uma relação estabelecida pela prática da comunicação e da ética, o que irá refletir no exercício do cuidado[15].

O procedimento cirúrgico teve início com a indução anestésica e a intubação orotraqueal realizada pelo médico anestesiologista com auxilio de um técnico de enfermagem, punção da artéria radial esquerda pelo anestesiologista para instalação da monitorização da Pressão Arterial Média (PAM). Posteriormente, o cirurgião realizou a incisão cirúrgica, e, no mesmo instante, seu auxiliar extraiu o enxerto, que, no caso, se tratava da veia safena.

Com o enxerto extraído e a esternotomia completa, iniciou-se a instalação da CEC, instituída com a canulação de aorta ascendente e átrio direito, canulação de veia pulmonar superior direita com introdução de cateter para aspiração e descompressão do ventrículo esquerdo, hipotermia a 28º C e cardioplegia.

O procedimento cirúrgico pode ser realizado com ou sem CEC. A escolha por realizar cirurgia sem CEC vem aumentando no intuito de diminuir a resposta inflamatória sistêmica devido ao procedimento impedir que ocorra o contato do sangue do paciente com o circuito da extracorpórea e, dessa forma, impossibilita a liberação de mediadores inflamatórios e prevenção de possíveis complicações[16].

A cirurgia transcorreu de maneira harmoniosa, sem intercorrências, e com o objetivo alcançado, ou seja, paciente com circulação sanguínea arterial restabelecida nos locais das

lesões. Nesse contexto, para oferecer um serviço de excelência e com resultados satisfatórios é necessário que os serviços de cardiologia e cirurgia cardiovascular disponham de estrutura, materiais de qualidade e, principalmente, de uma equipe treinada9.

No instante em que cirurgião finalizava a sutura do esterno, comunicou-se aos familiares do término do procedimento, afim de tranquilizá-los. Na maioria das vezes, durante a internação hospitalar, a enfermeira volta sua atenção somente ao paciente e deixa de lado o cuidado com o familiar, os quais acabam ficando excluídos do desenvolvimento do tratamento de seus parentes. Também não recebem a atenção necessária como clientes no momento estressor que vivem devido à doença de seu ente querido[17]. A atenção aos familiares vai ao encontro com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e da Constituição Brasileira que asseguram o direito dos familiares receberem informações sobre o estado de saúde de seu parente, mas isso nem sempre ocorre[18].

Ao retornarmos ao Centro Cirúrgico, foram realizados procedimentos técnicos, como: controle do balanço hídrico, observação de sangramento via dreno de mediastino, troca de monitorização cardíaca e oximetria de pulso, auxílio ao técnico de enfermagem na realização do curativo nas incisões cirúrgicas, transferência do paciente da mesa cirúrgica para o leito, aquecimento do paciente, dentre outros. Os pacientes cirúrgicos se encontram em estado vulnerável, necessitando de cuidados complexos desempenhados por enfermeiros devidamente preparados[19].

Após, realizei o encaminhamento do paciente à UTI Coronariana, acompanhada da enfermeira da unidade, enfermeira perfusionista, anestesiologista, dois técnicos de enfermagem e pelo cirurgião.

## CONCLUSÃO

A oportunidade como Pós-graduanda de realizar o acompanhamento de um paciente no transoperatório de RM, juntamente com a enfermeira da unidade, contribuiu significativamente para minha formação profissional.

O Centro Cirúrgico, pela complexidade dos procedimentos que ali são realizados, exige do enfermeiro conhecimentos administrativos, gerenciais e assistenciais. Considera-se, nesse sentido, a necessidade de rever o processo de trabalho na respectiva unidade, ou seja, de ampliar o número de enfermeiros, de modo a contemplar tanto a gestão quanto a assistência ao paciente no Centro Cirúrgico, extensivo aos familiares.

Igualmente, se teve oportunidade de observar essa realidade. A enfermeira tinha muitas exigências administrativas a cumprir, fato que fazia com que ela delegasse inúmeros cuidados aos técnicos de enfermagem. Essas exigências acabavam por restringir a atenção e cuidados a serem prestados por ela de forma direta ao paciente. Mas se deve destacar que, ao mesmo tempo em que a enfermeira se distanciava do cuidado direto, suas tarefas administrativas e gerenciais eram essenciais para que a cirurgia acontecesse.

Realizar esse estágio curricular, aliado aos posicionamentos de autores para fundamentar as ações desenvolvidas no decorrer do mesmo, proporcionaram a aquisição e ampliação de

conhecimentos, os quais, certamente, serão importantes na minha atuação enquanto profissional da saúde, bem como pode contribuir no sentido de instigar enfermeiros a refletir e discutir com o intuito de qualificar a assistência ao paciente no centro cirúrgico.

ÁREA TEMÁTICA: Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS:**

1. Tipple AFV, Souza ACS. Prevenção e controle de infecção: como estamos? Quais avanços e desafios? Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 Jan/Marc [cited 2013 Mar 10];3(1):10-1. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a01.htm

2. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade geral [cited 2013 Apr 10]. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def

3. Nicolau JC, Franken M, Lotufo PA, Carvalho AC, Neto JAM, Lima FG et al. Use of demonstrably effective therapies in the treatment of acute coronary syndromes: comparison between different brazilian regions. Analysis of the Brazilian Registry on Acute Coronary Syndromes (BRACE). Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2012 [cited 2013 Apr 10];98(4):282-89. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v98n4/en_v98n4a01.pdf

4. Gois CFL, Dantas RAS, Torrati FG. Qualidade de vida relacionada à saúde, antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 Mar 14];30(4):700-7. 2009. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v30n4/a17v30n4.pdf

5. Oliveira EF, Westphal GA, Mastroeni MF. Demographic and clinical characteristics of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their relation to mortality. Rev Bras Cir Cardiovasc [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 14];27(1):52-60. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n1/en_v27n1a09.pdf

6. Santana JJRA, Fernandes LFB, Zanin CR, Waeteman CM, Soares M. Grupo educativo de cirurgias cardíaca em um hospital universitário: impacto psicológico. Estud Psicol (Campinas) [Internet]. 2010 [cited 2013 Mar 27];27(1):31-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a04.pdf

7. Silva DC, Alvim NAT. Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2010 [cited 2013 Mar 27];63(3):427-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a13v63n3.pdf

8. Piotto RF, Ferreira FB, Colósimo FC, Silva GS, Sousa AG, Braile DM. Independent predictors of prolonged mechanical ventilation after coronary artery bypass surgery. Rev Bras Cir Cardiovasc [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 05];27(4):520-28. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n4/en_v27n4a09.pdf

9. Rocha EAV. A medicina baseada em evidencias e a coronariopatia. Rev Bras Cir Cardiovasc [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 14];27(4):15-6. Available from: http://www.rbccv.org.br/pdfRBCCV/v27n4a06.pdf

10. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

11. Xavier TT, Torres GV, Reis LA, Silva RAR, Costa IKF, Mendes FRP. Avaliação de saúde e da dor no pós operatório de idosos submetidos a cirurgia cardíaca. Rev Texto Contexto Enferm [Internet]. 2011 [cited 2013 Mar 14];20(esp):232-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea29.pdf

12. Galhardo Júnior C. Sala cirúrgica híbrida: uma nova realidade no Brasil e no mundo. Rev Bras Cardiol [Internet]. 2013 [cited 2013 Mar 14];26(1):8-10. Available from: http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/V26n01a00.pdf

13. Carneiro GA, Leite RCBO. Lesões de pele no intra-operatório de cirurgia cardíaca: incidência e caracterização. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2013 Mar 14];45(3):611-616. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a09.pdf

14. Giordani JN, Bisogno SBC, SiIva LAA. Perception of nurses regarding management activities for user assistance Rev. Acta Paul. Enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 14];25(4):511-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_05.pdf

15. Duarte ED, Dittz ES, Madeira LM, Braga PP. Lopes TC. O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. Rev. Eletr. Enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 14];14(1):86-94. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a10.pdf

16. Cantero MA, Almeida RMS, Galhardo R. Analysis of immediate results of on-pump versus off-pump coronary artery bypass grafting surgery. Rev. Bras. Cir. Cardiovasc [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 14];27(1):38-44. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n1/en_v27n1a07.pdf

17. Martins MM, Fernandes CS, Gonsalves LHT. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 14];65(4):685-90. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a20v65n4.pdf

18. Casanova EG, Lopes GT. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 Mar 14];62(6):831-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a05v62n6.pdf

19. Turrini RNT, Costa ALS, Peniche ACG, Bianchi ERF, Cianciarullo TI. Ensino de Enfermagem em Centro Cirúrgico: transformações da disciplina na Escola de Enfermagem da USP (Brasil). Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 14];24(5):1268-73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/32.pdf

# PROJETO ACAMPAVIDA REFLETINDO SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS RELAÇÕES FAMILIARES

# PROJECT ACAMPAVIDA REFLECTING ON THE AGING PROCESS AND FAMILY RELATIONS

# PROYECTO ACAMPAVIDA REFLEXIONAR SOBRE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y LAS RELACIONES FAMILIARES

VENTURINI, Larissa[1]
SANTOS, Carolina Carbonell dos[2]
RESSEL, Lúcia Beatriz[3]
TIMM, Marcella Simões[4]
CREMONESE, Luiza[5]
POSSATI, Andrêssa Batista[6]
VOLMER, Crsitiana[7]
ROSSO, Laís Fuzer[8]

1 Relatora. Acadêmica de Enfermagem e bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria ( UFSM), RS, Brasil. E-mail: larissa.venturini@hotmail.com.
2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, Brasil.
3 Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, Brasil.
4 Acadêmica de Enfermagem e bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria ( UFSM), RS, Brasil.
5 Acadêmica de Enfermagem e bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria ( UFSM), RS, Brasil.
6 Acadêmica de Enfermagem e bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria ( UFSM), RS, Brasil.
7 Acadêmica de Enfermagem e bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria ( UFSM), RS, Brasil.
8 Acadêmica de Enfermagem e bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria ( UFSM), RS, Brasil.

## RESUMO

Este trabalho trata-se de do relato de vivências de acadêmicos de enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no evento 14º Acampavida. Tem-se como objetivo compreender, por meio da ótica dos idosos, como se desenvolvem as relações familiares no processo de envelhecimento e o suporte fornecido pelas mesmas neste contexto. Para o alcance de tal objetivo o grupo PET Enfermagem desenvolveu oficinas lúdico-pedagógicas, balizadas na metodologia participativa, com idosos participantes do

Acampavida 2012. O envelhecimento é um processo construído ao longo da existência humana. O apoio social fornecido para a pessoa com mais idade mostrou-se como um fator importante para um envelhecimento satisfatório. O contexto familiar apresentou-se como elemento fundamental para o bem-estar dos idosos, visto como um ambiente de apoio, afetos e intimidades. A reflexão sobre relações familiares junto a idosos permite troca de experiências e possíveis estratégias para que as mesmas tornem-se saudáveis ao processo de envelhecimento. Como futuros profissionais de saúde, atividades como esta poderão contribuir para o desenvolvimento de uma abordagem assistencial ampliada no processo de envelhecimento incluindo o contexto familiar.

**ABSTRACT**

This work is in the reported experiences of nursing students at the Federal University of Santa Maria (UFSM), 14th Acampavida event. It has been aimed at understanding, through the perspective of the elderly, how to develop family relationships in the aging process and the support provided by them in this context. To reach this goal the group has developed PET Nursing recreational and educational workshops, buoyed in participatory methodology with elderly participants Acampavida 2012. Aging is a process built throughout human existence. The social support provided to a person over age proved to be an important factor for satisfactory aging. The family context presented as fundamental to the well-being of the elderly, seen as a supportive environment, affection and intimacy. Reflecting on family relationships with elderly people allows exchange of experiences and possible strategies for them to become healthy the aging process. As future health professionals, activities like this can contribute to the development of an approach extended care in the aging process including the family context.

**RESUMEN**

Este trabajo está en las experiencias reportadas de los estudiantes de enfermería de la Universidad Federal de Santa Maria (UFSM), 14 caso Acampavida. Se ha dirigido a la comprensión, a través de la perspectiva de la tercera edad, la forma de desarrollar las relaciones familiares en el proceso de envejecimiento y el apoyo prestado por ellos en este contexto. Para alcanzar este objetivo, el grupo ha desarrollado Enfermería talleres lúdicos y educativos PET, animados en la metodología participativa con los participantes de mayor edad Acampavida 2012. El envejecimiento es un proceso construido a lo largo de la existencia humana. El apoyo social proporcionado a una persona mayor de edad resultó ser un factor importante para un envejecimiento satisfactorio. El contexto familiar presenta como fundamental para el bienestar de las personas mayores, visto como un ambiente de apoyo, el afecto y la intimidad. Al reflexionar sobre las relaciones familiares con personas mayores permite el intercambio de experiencias y estrategias posibles para que se conviertan en el proceso de envejecimiento saludable. Como profesionales de la salud en el

futuro, las actividades de este tipo pueden contribuir al desarrollo de un enfoque de atención prolongada en el proceso de envejecimiento como el contexto familiar.

**DESCRITORES:** Envelhecimento; Relações familiares; Enfermagem.

**SUBJECT HEADINGS**: Aging; Family relations; Nursing.

**DESCRIPTORES:** Envejecimiento; Relaciones familiares; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento assume um conceito multidimensional envolvendo aspectos cronológicos, questões biológicas, psicológicas e sociológicas, abrangendo características específicas em cada indivíduo e em determinado grupo social, mesmo que estes estejam inseridos em mudanças sociais similares[1]. Assim, a velhice é uma fase inevitável da vida, ancorada a um processo pessoal, natural, indiscutível e inevitável para a evolução do ser humano[2].

Em cada sociedade, o termo velhice recebe o seu valor significativo atribuído de acordo com o tipo de cultura e civilização em que o individuo se insere. Como exemplo, destacam-se os países orientais, nos quais os idosos são considerados com respeito e veneração, reconhecidos como indivíduos e reverenciados pelo seu conhecimento e sabedoria de vida. Já nos países ocidentais, a velhice, muitas vezes, é ligada a uma fase de tristeza, de insatisfação, trazendo a visão daquilo que é ultrapassado, do antigo, da dependência e dos complicadores dessa fase[2].

As forças dos fatores sociais, culturais, econômicos e ambientais podem qualificar ou prejudicar o processo de envelhecimento. A essência de todo e qualquer indivíduo consiste no fato dele ser portador de um conjunto de sistemas: desejos, intensificações, valores, capacidades e necessidades básicas, como a dependência e o reconhecimento pelos outros com os quais convive[3].

A idade cronológica considerada determinante para o ser idoso, socialmente, é de 65 anos, quando a pessoa é considerada economicamente não ativa e se insere na aposentadoria pelo critério de tempo de trabalho ou etário[4]. Algumas organizações já dispõem de outra definição, como o caso da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estipulou uma demarcação para a velhice que é de 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos para os países em desenvolvimento, devido ao aumento da expectativa de vida e do progresso de longevidade dos idosos[4]. No Brasil, foi instituído o Estatuto do Idoso que regula os direitos garantidos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos[5].

A velhice não é apenas um fio de cabelo branco ou alguns anos a mais na carteira de identidade, pois ainda que legalmente seja estipulada uma idade para a velhice, o indivíduo não consegue explicitar, a si mesmo, uma determinada época em que ele possa considerar-se um idoso[4]. A etapa da vida referida não tem um início cronologicamente falando, e

ocorre de forma distinta em cada indivíduo, segundo sua singularidade e a do grupo social a que ele pertença.

O envelhecimento da população é um fenômeno contemporâneo sem precedentes na história. A longevidade brasileira é considerada um reflexo do aumento da expectativa de vida, decorrente do declínio da taxa de natalidade, culminado com o baixo índice de mortalidade, incluindo o avanço das tecnologias no campo da medicina e nos meios de comunicação, que qualificam esse fato. Atualmente, a população brasileira composta de pessoas acima de 65 anos é representada por 7,4% da população total. Estima-se que, nos próximos 20 anos, a população de idosos chegará a 30 milhões de pessoas, representando 13% da população brasileira[6].

Contudo, esse processo de aumento do contingente de idosos não é determinante para a garantia da qualidade de vida; o envelhecimento saudável leva-nos a refletir, como membros da sociedade, sobre o quanto estamos, ou não, preparados para suprir, em suas emergentes demandas, esse contingente populacional[7]. Assim, por ser um assunto amplo, que engloba distintos setores da vida humana, a partir de transformações sociais, biológicas, físicas, econômicas, demográficas e comportamentais, a longevidade vem ganhando um grande espaço de discussões em todos os âmbitos da sociedade contemporânea, principalmente no meio acadêmico e científico.

Decorrentes dessas modificações e do excedente número de idosos, alguns desafios tornam-se inerentes às discussões que surgem nesse âmbito, principalmente as referentes às propostas do poder público em garantir políticas sociais que ofereçam um suporte aos idosos e suas famílias. Isso envolve providências urgentes quanto ao planejamento das cidades e adaptações dos espaços públicos, regulamentação do sistema previdenciário, avanços da medicina e novas configurações das estruturas familiares e do papel da família contemporânea. Apesar do reconhecimento inegável e da importância do envelhecimento e das respectivas questões familiares, os debates nesse âmbito ainda são insuficientes para que o Brasil possa se dizer preparado para se adequar às novas figuras do cenário familiar contemporâneo[8].

Atualmente, considerando as novas tendências e transformações socioeconômicas do Brasil diante das novas demandas advindas do envelhecimento e da questão da dependência proveniente de patologias e da própria idade avançada, a família, independentemente da sua configuração, ocupa um papel de fundamental responsabilidade pelo mecanismo de proteção social ao idoso.

Ao se falar em família temos diversas definições e quase sempre levam em consideração aspectos como a afetividade, companheirismo, solidariedade, sentimentos e ações que podem ser encontrados fora dos laços consanguíneos. Independentemente do conceito, é uma construção social influenciada pela cultura e contexto histórico em que foi concebida, sendo uma instituição importante para a organização humana na sociedade.

A família concebe ao indivíduo o lugar de construção de sua identidade, representando seu espaço, onde situa sua história de vida e suas construções pessoais e sociais. Assim, a

compreensão da configuração da família contemporânea é intrínseca à apreensão do processo de envelhecimento e seus resultantes.

Dessa forma, sabendo que a família é um dos elementos fundamentais no cuidado com o idoso, destaca-se a necessidade em (re)conhecer o valor destas famílias, compreendendo de que forma os vínculos foram construídos e consolidados ao longo da trajetória de vida, refletindo principalmente em como essas conexões entre os membros da família podem interferir no processo de envelhecimento de um indivíduo.

O apoio social é um fator importante para a pessoa com mais idade poder manter-se com autonomia e ter um envelhecimento satisfatório, sem tantos efeitos negativos. As pessoas de idade que participam de redes sociais de forma ativa e que recebem apoio social informal são as que possuem melhor saúde física e mental[9].

Diante do exposto se faz necessário uma maior compreensão de como tem se dado o processo de envelhecimento segundo o olhar do próprio idoso levando-se em conta o aspecto intergeracional e o suporte fornecido pela dinâmica das relações familiares. Este maior entendimento também servirá para subsidiar os profissionais da área da saúde de uma forma geral, os da enfermagem em particular, a uma abordagem assistencial ampliada no processo de envelhecimento incluindo o contexto familiar.

## OBJETIVO

Este trabalho objetiva compreender, por meio da ótica dos idosos, como se desenvolvem as relações familiares no processo de envelhecimento e o suporte fornecido pelas mesmas neste contexto.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir da participação no evento 14º Acampavida, o qual ocorreu no mês de outubro do ano de 2012.

O tradicional evento, nomeado de Acampavida, sob organização do Núcleo Integrado de Estudos e Apoio à Terceira Idade (NIEATI), acontece anualmente desde 1998 nas dependências da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Este Programa, baseado na interação professores-acadêmicos-idosos, tem o objetivo de articular teoria/prática e ação/reflexão, levando professores e alunos a assumirem novas configurações e posições na construção do conhecimento sobre envelhecimento e simultaneamente proporcionar aos adultos com idade a partir de 55 anos, uma oportunidade de convivência dentro da Universidade, que lhes permita experimentar várias manifestações do movimento humano, do lúdico, da cultura e principalmente de relacionamento com os demais, numa dimensão de crescimento fraternal, aumentando a autonomia de movimento dos idosos e garantindo-lhes uma melhor qualidade de vida.

O Acampavida atinge, a cada ano, maiores proporções envolvendo, além da UFSM, outras instituições de ensino superior da cidade de Santa Maria. A interdisciplinaridade firma-se com a participação de cursos de diferentes áreas do conhecimento. Durante este evento são

oferecidas diversas oficinas, aos aproximados 1000 participantes idosos por edição, com temas pré-estabelecidos e inovados a cada ano pelos diferentes cursos participantes.

O Acampavida, no seu âmbito extensionista, resulta num ambiente de ampla aprendizagem prática aos professores/acadêmicos através da integração com idosos, sendo que, estes últimos também são enfaticamente favorecidos pelo contato com tantos temas/informações relevantes ao seu cotidiano, que culminam numa melhor qualidade de vida.

Na 14ª edição do evento o curso de Enfermagem da UFSM, por meio do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem - trabalhou com o grupo de idosos a temática: "relações familiares e o processo de envelhecimento".

A oficina organizada pelo PET Enfermagem nesta edição do evento foi fundamentada na metodologia participativa, a qual favoreceu a efetiva atuação daqueles que dela participaram, propiciando um processo educativo eficaz sem considerar seus participantes simples espectadores, e sim, sujeitos reflexivos e ativos. As oficinas baseadas nesta metodologia criam um clima lúdico e pedagógico amparados no diálogo, na interação e na troca de saberes[10].

Consoante a esta metodologia realizamos oficinas lúdico-pedagógicas. Entendemos as oficinas como um espaço de reflexão e de compartilhamento de saberes, construídos coletivamente a partir das vivências singulares, como possibilidade de empoderamento dos participantes[11].

Os idosos foram recebidos de forma cordial para que se sentissem acolhidos. Utilizamos primeiramente a dinâmica intitulada: "o que é envelhecer para mim?". Posteriormente para facilitar as discussões e reflexões foi aplicado a dinâmica "as relações familiares e o processo de envelhecimento".

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizados sete encontros, junto a uma média de 20 idosos em cada, totalizando cerca de 140 participantes. Esses encontros foram realizados nos dois dias de evento.

Primeiramente os oficineiros recebiam de forma cordial os participantes explicando, para os mesmos, o objetivo do encontro. Após este primeiro momento apresentava-se aos participantes a primeira oficina do encontro intitulada "O que é envelhecer para mim?". Para o desenvolvimento da mesma em uma das paredes da sala havia um quadro colorido que continha diversas e diferentes imagens que tangenciavam o processo de envelhecimento. Assim, requisitava-se que cada idoso escolhesse uma imagem e socializasse a mesma com o grande grupo explicando sua escolha e relacionando com a pergunta que constava como o título do quadro que continha as imagens: "O que é envelhecer para mim?". A partir das colocações dos participantes foi desenvolvido uma conversa de esclarecimento e reflexão sobre a temática abordada, procurando oportunizar espaço para que os idosos compartilhassem experiências entre si e dividissem conhecimentos sobre a temática.

A segunda oficina, realizada foi intitulada "o processo de envelhecimento e as relações familiares". A qual, consistia em abaixo das cadeiras dos participantes haviam balões colados, assim requisitava-se que os participantes pegassem o balão que se encontrava abaixo do assento de sua cadeira, seguindo a ordem da roda que encontravam-se as cadeiras, e estourassem os mesmos. Dentro de cada balão haviam perguntas ou situações relacionadas às relações familiares no processo de envelhecimento. Após cada idoso socializar sua experiência ou vivência de acordo com a pergunta apresentada dentro do balão, permitia-se que os outros idosos presentes também pudessem compartilhar ou trocar experiência com os presentes de acordo com a questão apresentada.

Ao término de cada encontro, como encerramento das atividades solicitou-se que os idosos dirigissem-se a alguns cartazes que encontravam-se colados nas paredes da sala para que deixassem mensagens ou sugestões aos oficineiros.

Com o desenvolvimento das oficinas, acima apresentadas, os idosos compartilharam diversas experiências, refletiram sobre diversas temáticas e isso possibilitou a aproximação, o diálogo e uma experiência única para os oficineiros.

Os idosos participantes apontaram a família como um importante suporte durante o envelhecimento. O envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido não apenas por perdas, mas também por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e como tal, sofre as influências da sociedade de uma maneira geral, da família em particular, interferindo na maneira de compreender o seu processo de envelhecimento/ velhice e/ou o dos seus familiares[12].

Nesta perspectiva a família é revelada pelos idosos participantes do 14º Acampavida como um importante apoio social. O apoio social fornecido pela família aos seus idosos mostrou-se ancorar-se nas características sócio afetivas e na dinâmica relacional definidas ao longo da história. Este apoio informal pode ter diferentes funções que se inter-relacionam: 1. emocional: caracterizada por expressões de afeto e amor; 2. instrumental: destinada ao provimento de necessidades materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos (limpeza de casa, preparação de refeições, provimento de transporte) e/ou ajuda financeira; 3. de informação: direcionada à aconselhamentos, sugestões, orientações que podem ser usadas para resolver problemas; 4. de interação social positiva: marcada pela disponibilidade de pessoas para promover diversão, companhia, descontração[13].

Os participantes das oficinas que não possuíam apoio social familiar relataram que a velhice torna-se um momento com lacunas a serem preenchidas e torna-se mais difícil seu enfrentamento. Segundo relatos destes idosos o suporte social oferecido pela família na forma de amor, afeição, preocupação e assistência são considerados falhos em suas vidas e isto faz com que estes idosos possam considerar-se com uma pior qualidade de vida e com maiores níveis de estresse. Normalmente a ausência de parentes ou de apoio social familiar, especificamente de parentes mais próximos tais como o cônjuge ou os filhos, está associada com doença e mortalidade entre pessoas idosas[14].

As transformações sociais e culturais que vem se processando nas últimas décadas é vista pelos participantes como negativa em alguns aspectos, em especial o processamento que o respeito pelos mais idosos tem assumido em alguns contextos. Segundo os idosos o respeito tem permeado como faltante nas relações familiares.

O envelhecimento e em particular a velhice, podem ser considerados momentos de crise no ciclo vital uma vez que representam situações de mudanças (biopsicossociais) requerendo do ser que envelhece e daqueles que com ele convivem adaptações a esta etapa da vida[15]. As adaptações no âmbito familiar serão mais ou menos fáceis dependendo das relações afetivas desenvolvidas pelos seus membros, construídas no decorrer da convivência. Assim, o idoso poderá ser respeitado ou não pelos seus familiares, esta conquista não é pontual, ao contrário, vem marcada pelas histórias individuais e coletivas vividas pelos membros da família.

Trabalhar a relação idoso e família mostrou-se de grande valia como forma de criar uma nova relação de estrutura familiar, visto que os idosos mostraram-se com bastante apreensão com o futuro, principalmente no tocante a dependência em detrimentos dos cuidados no âmbito familiar, onde alguns dos idosos relataram serem tratados como "um peso", faltando amor e sobrando intolerância com a pessoa idosa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família assume grande importância frente ao cuidado para com o idoso, o que é fato há muito tempo, no entanto, atualmente o envelhecimento é um fenômeno que tem crescido bastante, fazendo com que essa importância aumente ainda mais e tornando necessário o entendimento de como as famílias vêm conseguindo ou não responder às necessidades dessa população que cresce a cada dia.

Neste trabalho percebemos que a família é apresentada como um importante e determinante fator ao processo de envelhecer com qualidade de vida. O contexto familiar representa, assim, um elemento fundamental para o bem-estar dos idosos, que encontram nesse ambiente apoio e intimidade para as diferentes situações que se deparam, além de proteção e afeto.

Observou-se uma visão negativa do processo de envelhecimento quando aliado a falta de acolhimento familiar, no contexto do respeito e atenção do idoso pela família. Deste modo, com o envelhecimento, as relações familiares e sociais apareceram sendo de grande importância como fontes de alimentação, regulação e organização a esta faixa etária.

Trabalhar com esta temática que desperta diferentes sentimentos e emoções às diferentes pessoas foi um desafio para o grupo PET Enfermagem, porém os conhecimentos adquiridos, a troca de experiências possibilitadas e as reflexões realizadas permitiram que os oficineiros experimentassem de uma experiência inovadora e diferenciada dentro da graduação, promovendo a aproximação e o vínculo com essa faixa etária.

O conhecimento proporcionado pela realização das oficinas também contribui para o desenvolvimento profissional dos oficineiros acadêmicos, pois, como futuros profissionais

de saúde e sensibilizados com a importância que a família adquire nos processos de desenvolvimento e de saúde, isto permitirá uma abordagem assistencial ampliada no processo de envelhecimento incluindo o contexto familiar.
O momento proporcionado pelo grupo PET Enfermagem aos idosos participantes do 14º Acampavida foi reconhecido e elogiado. Os idosos mostraram-se satisfeitos pela oportunidade de compartilhar, refletir e trocar experiências sobre esta temática que ancora suas vidas.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de cuidado.

**REFERÊNCIAS**

1. Sant'Anna RM, Câmara P, Braga MGC. Mobilidade na Terceira Idade: como planejar o futuro? Textos sobre o Envelhecimento, 6(2). Rio de Janeiro: UNATI. 2003.

2. Bosi E. (2007). Memória e Sociedade: Lembranças de velhos. (14ª ed.). São Paulo (SP): Companhia das Letras.

3. Zimerman de, Osório LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

4. Papalia DE. (2006). Desenvolvimento Humano. (8ª ed.). Porto Alegre (RS): Artmed.(tirar vígula e o ponto entre "DE")

5. Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, 19, 168-176.

6. IBGE. (2009). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais 2009. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 19 jul 2013.

7. Netto MP. (2007). Processo de Envelhecimento e Longevidade. In: Netto, M.P.Tratado de Gerontologia, 3-14. São Paulo (SP): Atheneu.

8. Vitale MAF. (2003). Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea. In: Acosta, A.R. & Vitale, M.A.F. (2003). Família: redes, laços e políticas públicas, 93-105. São Paulo (SP): IEE/PUC-SP.

9. Pinazo S. Relaciones sociales. In: TRIADÓ, Carme; VILLAR, Feliciano (Coord.). Psicología de la vejez. Madrid: Alianza, 2006. p. 253-282.

10. Lopes EB, Luz AM, Azevedo MPSMT, Moraes, WT. Metodologias para o trabalho educativo com adolescentes. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Adolescer: compreender, atuar, acolher. Brasília (DF). 2001. p. 141-282.

11. Afonso L. Oficinas em dinâmicas de grupo: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte (MG): Campo Social. 2002

12. Brêtas ACP. Cuidadores de idosos e o Sistema Único de Saúde. Rev Bras Enferm 2003;56(3):298-301.

13. Rosa TEC. Redes de apoio social. In: Litvoc J, Brito FC, organizadores. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 2004. p. 203-18.

14. Krause N, Borawisk-Clarck E. Social class differences in social support among older adults. The Gerontologist, 35, 4, 1995, p.498-508

15. Duarte YAO, Cianciarullo TI. Idoso, família e saúde na família. In: Cianciarullo TI, organizadora. Saúde na família e na comunidade. São Paulo (SP): Robe Editorial; 2002. p. 231-61

# TERMINALIDADE VERSUS MORRER DIGNAMENTE: REFLEXÕES DA ENFERMAGEM

# TERMINALLY ILL AND DIE WITH DIGNITY: REFLECTIONS OF NURSING

# ENFERMO TERMINAL E A MORIR COM DIGNIDAD: REFLEXIONES DE ENFERMERÍA

SPERONI, Katiane Sefrin[1]
FÉLIX, Roselaine dos Santos[2]

1 Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Pós-graduanda em Gestão de Organizações Públicas em Saúde - UFSM. Pós-graduanda em TICs Aplicadas à Educação – UFSM. Katiane.speroni@gmail.com. 2 Enfermeira da Unidade Tocoginecológica do HUSM/UFSM. Membro da Equipe de Segurança do Paciente do HUSM. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Serviços – Universidade do Contestado. Orientadora do trabalho. E-mail: rsstfx@yahoo.com.br

**RESUMO:** O processo de morrer ainda é enfrentado como obstáculo cultural e torna esta discussão escassa e de enfraquecido interesse à sociedade. Ao profissional da enfermagem, cabe fornecer ao seu paciente em estágio de terminalidade um cuidado qualificado e de extrema eticidade, favorecendo que o mesmo tenha uma morte com dignidade, sendo este um direito de todo o ser humano. Deve-se compreender que cada ser é único em suas particularidades e como tal, devem ser respeitados. Os questionamentos sobre ética e término da vida direcionam o foco do cuidado curativo ou até preventivo, para o cuidado paliativo. Trata-se de um estudo crítico-reflexivo qualitativo desenvolvido de setembro a novembro de 2012. Objetivou-se proporcionar uma discussão crítico-reflexiva sobre a temática em questão, bem como, a atuação da enfermagem e os preceitos éticos da profissão no processo de morte dos sujeitos.

**Descritores:** Morte; Enfermagem; Preceitos Éticos; Cuidados Paliativos; Morre com Dignidade;

**ABSTRACT:** The process of dying is still faced as a cultural barrier and makes this thread scarce and weak interest to society. The professional nursing must provide his patient in a terminal stage one qualified care and extreme ethics, favoring it has a death with dignity, which is a right of every human being. It should be understood that each being is unique in its particulars and as such, should be respected. The questions on ethics and end of life direct the focus to preventive or curative care to palliative care. This is a critical-reflective qualitative conducted from September to November 2012. Aimed to provide a critical and

reflective discussion about the topic in question, as well as the nursing and ethical principles of the profession in the process of death of the subjects.

**Descriptors:** Death, Nursing; Ethical Precepts; Palliative Care; Die with Dignity;

**RESUMEN:** El proceso de la muerte todavía se enfrenta como una barrera cultural y hace que este hilo escasa y débil interés para la sociedad. El profesional de enfermería debe proporcionar a su paciente en fase terminal de una atención calificada y ética extremos, lo que favorece que tiene una muerte con dignidad, que es un derecho de todo ser humano. Se debe entender que cada ser es único en sus detalles y, como tal, debe ser respetada. Las cuestiones relativas a la ética y al final de la vida dirigir el foco a la atención preventiva o curativa a los cuidados paliativos. Se trata de un salto cualitativo crítico reflexivo llevado a cabo de septiembre a noviembre de 2012. Dirigido para proporcionar un análisis crítico y reflexivo sobre el tema en cuestión, así como la enfermería y los principios éticos de la profesión en el proceso de la muerte de los sujetos.

**Descriptores:** Muerte, Enfermería, preceptos éticos, Cuidados Paliativos, morir con dignidad;

## INTRODUÇÃO

O processo de morte e morrer ainda são enfrentados como um obstáculo cultural e faz com que a discussão acerca desta temática torne-se escassa e de diminuído interesse à sociedade. A necessidade de educar os profissionais para a temática da morte e seu enfrentamento vai de encontro ao tabu social instituído que marca a prática da sociedade como um todo, e em particular dos profissionais da saúde, faz-se então, no presente trabalho um momento de reflexão[1].

Ao profissional da enfermagem, cabe fornecer ao seu paciente/cliente em estágio de terminalidade um cuidado qualificado e de extrema eticidade, para que o mesmo tenha uma morte com dignidade, sendo este um direito de todo e qualquer ser humano. Para tanto, deve-se compreender que cada ser é único em suas particularidades e como tal, devem ser respeitados em suas singularidades.

A necessidade de mudanças na forma de pensar aproxima-se do processo de morte e morrer, onde o profissional precisa estar ciente de que o paciente necessita dos cuidados da equipe de enfermagem exigindo manobras. Nesta perspectiva, tais condutas fornecem ao paciente e sua família mais conforto, respeito e compreensão dos sentimentos que ele e sua família vivenciam neste período decisivo. Assim a multidisciplinaridade mostra-se de extrema importância para que se possa acolher de todas as formas o paciente/cliente em fase terminal e sua família, não adiantando a sua morte.

As questões éticas sempre afetam os profissionais atuantes na enfermagem. A enfermagem é definida como a profissão que atua a favor da proteção, promoção e otimização da saúde

e de capacidades, na prevenção de enfermidades, no alívio do sofrimento através do diagnóstico e tratamento da resposta humana, defendendo o cuidado das famílias, comunidades, e populações em geral. Tal premissa sustenta o fazer profissional do enfermeiro na tomada de decisões atrelada às questões éticas relacionadas à saúde e as respostas humanas [2].

A morte do século XX foi mencionada como algo vergonhosa, invertida, um fracasso e um erro médico. Obteve-se a ideia de que o homem tivesse o dever de derrotar a morte, que por alguns momentos, pudesse "brincar ser Deus". Em meados do século XX começou-se a se desenvolver programas de cuidados paliativos na Europa e nos Estados Unidos baseados nos conceitos de Kluber-Ross e Saunders. Como estes programas objetivaram-se na minimização do sofrimento causado por doenças crônicas e malignas. Tais programas visavam ofertar o alívio dos sintomas de incapacidade e melhoria na qualidade de vida. Neste contexto, a família tornava-se participativa em todas as etapas do processo em domicílio ou em ambiente hospitalar, assistindo, inclusive o momento de sua morte.[3]

Necessita-se de um sentido e de uma razão para viver e para morrer. Em recentes pesquisas nos Estados Unidos, ficou evidenciado que o aconselhamento em questões espirituais situa-se entre as três necessidades mais solicitadas pelos que estão morrendo e seus familiares. Essas dimensões do sofrimento inter-relacionam-se e nem sempre é fácil distinguir umas das outras. Se os esforços para lidar com a dor e a morte enfocam somente um aspecto e negligenciam os demais, o paciente não experimentará alívio da dor e sofrerá mais em seu processo de morte/morrer. A dor não aliviada pode causar não somente depressão, mas até levar a pessoa a pedir para morrer. Segundo a Declaração sobre a Eutanásia, da Sagrada Congregação da Fé (de 5 de maio de 1980): "A dor física é certamente um elemento inevitável da condição humana e refúgio na morte.[4]

Os questionamentos acerca da ética sobre o término da vida direcionam o foco do cuidado curativo ou até preventivo, para o cuidado paliativo. A morte é deixar de existir, e acontece quando o corpo acometido por uma patologia ou acidente tem a falência de seus órgãos vitais, ocasionando em uma parada progressiva de toda a atividade do organismo, que pode ser de uma forma súbita (doenças agudas ou acidentes) ou lenta (doenças crônico-degenerativas), seguida de uma degeneração dos tecidos[5].

**OBJETIVOS**

Participar do processo de morrer dos pacientes/clientes desencadeia naquele que os assiste uma série de sensações, como a perda, a impotência e a depressão. Com isso, o profissional da enfermagem que se encontra em contato direto com o paciente pode vir a esquecer dos preceitos éticos que circundam a morte e o morrer. Neste sentido, atrelado a esta fatalidade, pode ocorrer à perda do direito do exercício profissional, fomentada na legislação para o exercício de enfermagem.

Frente a isso, este trabalho justifica-se pela extrema importância de identificar os preceitos ético-legais que envolvem o complexo processo de morte e morrer do ser humano,

objetivando expandir os conhecimentos dos autores e leitores sobre a temática, a fim de proporcionar e assegurar o direito do paciente/cliente de morrer com dignidade**.**

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de natureza reflexiva de caráter descritivo qualitativo onde enfatiza a preservação da dignidade do paciente que se encontra em fase terminal, através das ações éticas do profissional da enfermagem. Através de discussões em reuniões da equipe de enfermagem de um hospital público de médio porte, localizado no estado do Rio Grande do Sul. Foi realizada no período de setembro a novembro de 2012, em analogia com autores que discutem a temática. O referencial teórico sucedeu-se por meio de artigos científicos específicos sobre o tema encontrados em revistas, livros e bases de dados digitais.

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica que mostra a evolução de conhecimentos sobre um tema específico, aponta as falhas e os acertos dos diversos trabalhos na área fazendo críticas e elogios e resume o que é, realmente, importante sobre o tema[5]. Além disso, a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside ao fato de permitir ao investigador a coleta de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente [6].

**RESULTADO E DISCUSSÕES**

Durante um longo período na história da medicina, referir-se à eutanásia era considerado uma temática proibida da ética e biomedicina. A sombra deixada pela experiência totalitária do estado nazista aboliu toda e qualquer possibilidade de resgate do direito de morrer com a devida dignidade. A experiência eugênica conduzida por Hitler confundiu o senso comum: ainda hoje se usa indiscriminadamente o termo eutanásia, seja como sinônimo de homicídio ou de morte digna. Infelizmente, para muitos profissionais da área de saúde, e não somente para os médicos, eutanásia é ainda sinônimo de homicídio premeditado. Em nome disso, a proposta da Bioética de resgate do tema em nome dos direitos individuais é, para muitos, vista como uma violação dos preceitos básicos da prática biomédica. São comuns frases como: “a medicina foi feita para curar e não para matar”, “médicos não podem ser assassinos”, “a enfermagem é comprometida com o cuidado”, dentre outras combinações que apontam para a confusão conceitual deixada pela intolerância do nazismo.[7]

A enfermagem convive em seu processo de trabalho com preceitos éticos e de moralidade. Tais conceitos são empregados na designação do certo ou errado, e também, para indicar diretrizes de ações apropriadas em todas as situações, visto que, a ética aborda o estudo das crenças morais de forma sistemática ou formal e, moralidade, a aquisição de valores pessoais de maneira informal. O profissional de enfermagem, atrelado às teorias, as emprega em sua rotina, ou melhor, em seu plano de cuidados [2].

Os esforços para atuar de forma ética podem gerar conflitos nos mais diversos ambientes de cuidado onde está inserida o profissional de enfermagem, visto que, a estrutura ética é o alicerce da desta profissão, tratado como fenômeno do cuidado humano. Para tanto, existem

as teorias de enfermagem que abordam o paciente em uma dimensão biopsicossocial, e também, espiritual. A prioridade na atenção e no cuidado de enfermagem é baseada na visão holística, onde o centro de atenção é o humanismo ou o cuidado humanizado. Entretanto, apesar do avanço tecnológico e a redução de recursos tenha se constituído em instrumento na geração de várias questões éticas, incluindo questões de vida e morte, os profissionais de enfermagem não poderão ignorar muitas situações de seu cotidiano que envolva considerações éticas, a ressaltar, os dilemas de término de vida[2].

O trabalho em saúde é vivido com prazer e angústia. Com prazer é referente à valorização social que esse cuidado tem em nossa cultura ocidental e, por consequência, os profissionais também são igualmente valorizados por serem pessoas destinadas ao cuidar de quem está sofrendo. E por angústia, por sua vez, por trazer ao profissional o inevitável contato com sua impotência frente à morte, o que pode ser fonte de estresse e sofrimento psíquico para esses trabalhadores. Neste sentido, vale mencionar que, nas últimas décadas, a situação do sistema de saúde brasileiro, tem se deparado com a insuficiência de recursos humanos, baixos salários, precariedade de infraestrutura, falta de medicamentos, o que vem obrigando os profissionais a trabalharem em situações de grande exigência emocional[8].

A bioética e o final da vida é uma temática que preocupa a humanidade desde os primórdios, no qual envolve a atitude perante a doença e a morte[6]. O ser humano por sua vez, demonstra a sua inconformidade com a finitude da vida, criando os mais diversos equipamentos e instrumentos para driblar a morte e prolongar a vida. A tecnologia e a ciência aplicadas à saúde humana atualmente traz muitos problemas de ordem ética e jurídica, como por exemplo, nas situações em que se limita a intervenção médica-terapêutica em pacientes que estão em processo de morte cuja sua situação é irreversível. As ordens de "não reanimação" configuram-se em estratégias do cotidiano hospitalar, embora tal prática ocorra de forma velada. No âmbito da medicina, ocorre a dúvida quanto à legalidade desta prática, visto que na constituição brasileira, não existe leis específicas que abordem o tema. Tal prática se justifica pela inexistência de políticas hospitalares nacionais que institucionalizem a opção por não reanimar os pacientes nos quais não tem indicação técnica para a reanimação cardiopulmonar.

Na história da Bioética, poucos pesquisadores se detiveram a discutir as situações clínicas ou os quadros de dor que justificariam a prática da eutanásia. O nó argumentativo daqueles que apontavam os equívocos da narrativa foi da centralidade do respeito ao princípio da autonomia para a prática da eutanásia. A pergunta não era se um quadro de câncer terminal justificaria ou não alguém preferir a morte à manutenção do tratamento, mas, sim, em que medida esta teria sido uma escolha informada e autônoma quando realizada no meio da noite por uma mulher fragilizada pela dor física e por um jovem médico sonolento. A morte não pode ser considerada um ato de respeito a sua vontade, sendo um equívoco qualificá-la como eutanásia voluntária. Desde então, o princípio da autonomia assumiu uma posição central no debate sobre o direito de morrer, sendo considerada uma peça fundamental para a eticidade da prática[8].

As atitudes de negação por parte da equipe ou profissional de saúde podem ser compreendidas como uma necessidade mais relacionada às suas angústias pessoais de convívio com o morrer do que uma real necessidade para o melhor cuidado para com o paciente. Observamos situações nas quais o profissional nem ao menos buscou conhecer o paciente, seus anseios e projetos de vida e já concluiu que seria melhor que ele ignorasse e não soubesse da gravidade do quadro clínico, simulando uma situação de controle da situação[9].

A legislação do exercício profissional na enfermagem aponta, em seu artigo nº 29, como prática ilegal da profissão a promoção da eutanásia, bem como participar em procedimentos que tenham como destino a antecipação da morte do paciente. A lei prevê punição para esta prática, que sob denúncia, o profissional poderá responder a um processo ético-profissional em instancia regional e federal, ou seja, COREN e COFEN e justiça brasileira, possibilitando a invalidação do diploma profissional, impedindo assim, o sujeito de atuar na área da enfermagem [10].

Nesta perspectiva, vida no contexto constitucional não é considerada apenas em seu sentido biológico de incessante auto-atividade funcional, semelhante à matéria orgânica, mas em sua definição biográfica mais compreensiva. Sua riqueza é de difícil apreensão por se tratar de algo dinâmico, que se transforma incessantemente sem perder sua própria identidade. É mais um processo vital que se instaura com a concepção, transforma e evolui, mantendo sua identidade, mudando após sua qualidade, deixando de ser vida para ser morte, enfatizando que, tudo que interfere ao prejuízo deste processo espontâneo e incessante é contraria a vida. O principio de dignidade constitui justamente com a vida e também, o direito à vida no valor e na norma jurídica de maior relevo na arquitetura constitucional[11].

Além da explicitação dos fundamentos éticos que suportam a legitimidade do direito à eutanásia, a relativização da autoridade biomédica para a decisão de conflitos morais no campo da saúde e da doença é parte de um processo amplo de crítica social, em que a consolidação da Bioética é um desses exemplos. A Bioética vem se consolidando como um campo de pesquisa, ensino e intervenção da ética social especializada em temas de intenso conflito moral. Muito embora o universo de questões bioéticas oscile do meio ambiente à pesquisa com animais não-humanos, a Bioética brasileira especializou-se em temas relacionados ao processo de saúde e doença com seres humanos. Questões clássicas à prática biomédica, como o aborto e a eutanásia, ou novos temas, como a clonagem e a reprodução assistida, estão na pauta do debate bioético internacional e brasileiro por meio de projetos de lei, debates públicos, acesso a serviços de saúde ou pesquisa científica[7].

A definição da morte envolve uma série de critérios e meios de validação que, com o desenvolvimento e sofisticação da tecnologia, vão ficando mais específicos e seletivos[12]. Atualmente, o critério que determina a morte é a ausência das funções cerebrais, caracterizadas pela dilatação e não reação das pupilas, ausência de respiração espontânea e traçado plano do eletroencefalograma durante um período de tempo. Esse critério e caracterização irão influenciar diretamente as discussões sobre transplantes, doações de

órgãos e eutanásia, tanto na seleção de um indivíduo para ser candidato à doação de órgãos, como na decisão para continuar a manter ou não meios extraordinários para a manutenção da vida de uma pessoa sem possibilidade de cura.

A morte não se trata somente de um fato biológico, mas um processo social, indistinto de outras dimensões do universo das relações sociais, estando presente no cotidiano de qualquer ser humano e, independente de suas causas ou formas, tenho como cenário os hospitais e as instituições de saúde, no qual são desenvolvidos os cuidados paliativos às pessoas em seu processo de terminalidade[13].

O direito a morte dignamente é a aclamação por diversos direitos, a desatá-los: direito à dignidade da humana, a liberdade, a autonomia e a consciência[14]. Nesta perspectiva, refere-se ao direito de ter uma morte humana, sem o prolongamento da agonia por parte de um tratamento ineficaz. Não se trata por defender qualquer procedimento que antecipe ou cause a morte do paciente, mas de reconhecer sua liberdade de escolha e sua determinação própria.

Os cuidados paliativos são reconhecidos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pessoas com doenças terminais e seus familiares"[15], visando amenizar o sofrimento físico, emocional, social e espiritual das pessoas que vivenciam o processo de morte ou morrer. Para que ocorra uma melhor qualidade de vida ao paciente neste processo de morte, é preciso a integração de uma equipe multiprofissional, juntamente com seus familiares e amigos.

O cuidado ao ser humano está inserido no contexto desde o nascer até o morrer ou pós-morte. A enfermagem é a profissão que mais convive com este tipo de situação, devido seu trabalho destinar-se ao cuidado holístico do ser humano, ou seja, não se limitando apenas a tratar uma patologia ou alívio da sintomatologia, mas o enfermeiro é designado a cuidar o ser humano de forma integral, ou seja, dentro de seu aspecto biopsicossocial e também, dar vazão as crenças espirituais. Desta forma, o cuidar pode ser caracterizado pela atenção, proteção e preocupação com o outro. Os enfermeiros, profissionais cuja presença se faz de maneira ainda mais constante no cuidado junto a pessoas que vivenciam o seu processo de morrer, experimentam de maneira potencializada sentimentos conflitantes deste processo [15].

A morte é algo que faz parte da vida e de qualquer forma, todos algum dia irão morrer. Tal fato é natural como o nascer e o crescer, mas o que se pode observar que o conceito de finitude desenvolver certa ansiedade, e consequentemente, a negação e a não aceitação do que realmente é inevitável: a morte. Nesta perspectiva, inúmeras são as tentativas de se atingir a imortalidade, e isso pode se observar na evolução da tecnologia aplicada na medicina, cujo objetivo é a concretização da imortalidade[16].

"A morte é reconhecida como inevitável e o foco é torná-la mais humana[17]." O foco da atenção é desviado da cura para dar suporte total ao alivio da dor ou sofrimento do enfermo com uma doença terminal ou degenerativa, no qual seu estado de saúde se agrava com o passar do tempo, não sendo mais viável sua total recuperação. Os profissionais da saúde que prestam cuidados a este tipo de pacientes optam por um cuidado humanizado e menos

invasivo possível, destinando suas ações ao conforto e bem estar do paciente em seu processo de término da vida. "Se o profissional puder de fato tratar a dor física do paciente terminal e o fizer de modo a garantir que ela pode ser e continuará a ser controlada, reduzem-se tanto o sofrimento como a dor"[17].

Torna-se de estrema importância dar qualidade á vida terminal, através da socialização da morte, dos cuidados paliativos e da terapia de acompanhamento. Na socialização do processo de morrer, o paciente quer nos hospitais ou no seu lar, morrer na atenção de seus familiares. Neste sentido, os cuidados paliativos constituem uma obrigação na assistência aos pacientes terminais. O acompanhamento pelos profissionais de saúde promove confiança e aceitação serena da morte. Morrer com dignidade é ser respeitado como ser humano pleno de corpo, alma e espírito[16].

As ações de saúde são hoje sempre mais marcadas pelo "paradigma da cura", governado por uma inclinação em direção a cuidados críticos, medicina de alta tecnologia. A existência sempre mais numerosa de UTIs em nossos hospitais exemplifica essa realidade. É bom lembrar que a presença massiva da tecnologia é um fato necessário na medicina moderna. À medida que a prestação de serviço do sistema de saúde tornam-se sempre mais dependente da tecnologia, foram deixadas de lado práticas humanistas, tais como manifestação de apreço, preocupação e presença solidária com os doentes. O "cuidar" surge no mundo tecnológico da medicina moderna simplesmente como prêmio de consolação quando o conhecimento e as habilidades técnicas não vencem. O paradigma de curar facilmente torna-se prisioneiro do domínio tecnológico da medicina moderna. Se algo pode ser feito, logo deve ser feito. Também idolatra a vida física e alimenta a tendência de usar o poder da medicina para prolongar a vida em condições inaceitáveis. Esta idolatria da vida ganha forma na convicção de que a inabilidade para curar ou evitar a morte é uma falha da medicina moderna. A falácia desta lógica é que a responsabilidade de curar termina quando os tratamentos se esgotam[18].

A medicina não pode afastar a morte indefinidamente. A morte finalmente acaba chegando e vencendo. Quando a terapia médica não consegue mais atingir os objetivos de preservar a saúde ou aliviar o sofrimento, novos tratamentos tornam-se uma futilidade ou peso. Surge então a obrigação moral de parar o que é medicamente inútil e intensificar os esforços no sentido de amenizar o desconforto do morrer. O paradigma do cuidar permite realisticamente enfrentar os limites da mortalidade e do poder médico com uma atitude de serenidade. A medicina orientada para o alívio do sofrimento estará mais preocupada com a pessoa doente do que com a doença do sujeito. Nesse sentido, cuidar não é o prêmio de consolação pela cura não obtida, mas sim parte integral do estilo e projeto de tratamento da pessoa a partir de uma visão integral[18].

Defini-se sofrimento como sendo a experiência de impotência com o prospecto de dor não aliviada, situação de doença que leva a interpretar a vida vazia de sentido. Portanto, o sofrimento é mais global que a dor e, fundamentalmente, sinônimo de qualidade de vida diminuída. Desde modo, situações como as de doenças sérias e prolongadas que causam

rupturas sociais na vida do paciente, juntamente com a crise familiar, preocupações financeiras, premonições de morte e preocupações que surgem da manifestação de novos sintomas e seus possíveis significados[19].

**CONCLUSÃO**

Ao término deste estudo, os pesquisadores puderam perceber a extrema importância de se desenvolver uma visão holística na enfermagem, a fim de proporcionar uma melhor assistência com ética e dignidade durante o processo de morte e morrer dos pacientes. Para tanto, deve-se estar a par das leis que fundamentam o exercício profissional na enfermagem e que asseguram uma assistência de qualidade no atendimento destinado aos clientes em processo de terminalidade, visto que a constituição brasileira aponta como prática ilegal a eutanásia ou qualquer tipo de procedimento que antecipe a morte de uma pessoa.

Pode-se observar que as questões relacionadas à morte são pouco debatidas no âmbito social exigindo do profissional de enfermagem a quebra de valores e tabus, havendo a necessidade de maiores discussões no meio acadêmico e entre os profissionais da equipe multiprofissional dos hospitais e instituições de saúde. No que diz respeito à dignidade de viver ou de morrer de cada indivíduo, relacionados com os preceitos éticos de cada profissão é necessário manter o constante diálogo em aspectos vinculados à família de cada paciente em seu processo de morte.

Portanto, para promover um processo de morte e morrer com dignidade faz-se necessário reconhecer a pessoa em sua singularidade e totalidade. Assim necessita-se estarem em processo de educação contínua a fim de aprimorar os entendimentos acerca das leis e preceitos éticos preconizados pelos órgãos COFEN e COREN brasileiros, para que o paciente/cliente esteja legalmente amparado neste momento de extrema delicadeza.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processo de Cuidado

**REFERÊNCIAS**

1.RODRIGUES. C.O. et AL; **O enfrentamento da equipe de Enfermagem diante do processo de morte em unidade de terapia intensiva – uma revisão da literatura.** Disponível em:<http://www.unievangelica.edu.br/gc/imagens/noticias/2283/file/Willian>. Acesso: 09-jul-2013.

2.BRUNNER e SUNDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Vol. 1. Ed. 11. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

3.KÓVACS. Maria Luiza**.** Autonomia e o direito de morrer com dignidade**. Revista Bioética**, Vol. 6, Nº 1. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/326>. Acesso: 31/07/2013 às 21:45.

4.PESSINI, Léo. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Rev Bioetica,** nº 5 4:33 PM Page 51, 2002. Disponível em: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/Humanizacao%20da%20dor.pdf>. Acesso: 31/07/2013 às 21:44.

5.MOREIRA, Almir da Costa; LISBOA, Marcia Tereza Luz. **A Morte - Entre o Público e o Privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem**. Rev. enferm. UERJ. set. 2006, vol.14, no.3, p.447-454: Rio de Janeiro, 2006.

6. GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

7. DINIZ, Debora; COSTA, Sérgio.**Morrer com dignidade: um direito fundamental. Bioética: ensaios. Brasília**: Letras Livres, 2001.

8.PITHAN, Lívia Haygert. **A dignidade humana como fundamento jurídico das "ordens de não-ressussitação".** Porto Alegre/RS: EDIPUCRS, 2004.

9.VIEIRA, Mônica Silveira. **EUTANÁSIA Humanizando a Visão Jurídica.** Curitiba/PR: Juruá, 2009.

10.COREN SP. **Principais legislações para o exercício da enfermagem**. Conselho Regional de Enfermagem/SP. São Paulo: 2009.

11.VIEIRA, Mônica Silveira. **EUTANÁSIA Humanizando a Visão Jurídica.** Curitiba/PR: Juruá, 2012.

12.BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas**, INCA: Rio de Janeiro, 2011.

13.BRETAS, José Roberto da Silva; OLIVEIRA, José Rodrigo de; YAMAGUTI, Lie. **Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer**. Rev. esc. enferm., v. 40, n. 4, USP: São Paulo, 2006.

14.BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado**. Revista dos Tribunais: São Paulo, 2011.

15.CARLO, Marysia M. R. Prado de; QUEIROZ, Mônica Estuque G. De. Dor e **Cuidados Paliativos – Terapia Ocupacional e Interdisciplinaridade**. São Paulo: Roca, 2007.

16. DINIZ, D., GUILHEM, D. **A teoria principialista. O que é bioética?** São Paulo: Brasiliense, p. 34-38, 2002.

17.BELLATO, Roseney et al. **A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem**. Acta Paul .enferm. São Paulo, v. 20, n. 3, 2007.

18. Pessini L. **Morrer com dignidade: como ajudar o paciente terminal.** 2nd. Aparecida: Santuário, 1995.

19.DRANE, James; PESSINI, Leo. **Bioética, medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano**. Edições Loyola: São Paulo, 2005.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PERCEPÇÕES DAS PUÉRPERAS FRENTE AO ATENDIMENTO PRESTADO NO PRÉ-NATAL À LUZ DE PAULO FREIRE

# PERCEPTIONS OF THE MOTHERS TOWARDS THE CARE PROVIDED PRENATAL BIRTH OF PAULO FREIRE

# PERCEPCIONES DE LAS MADRES RECIENTES ANTE EL SERVICIO PRESTADO EN EL PRENATAL A LA LUZ DE PAULO FREIRE

TOLDO, Jéssica[1]
SANDRIN, Juliana[2]
BUSNELLO, Grasiele F.[3]
FRIGO, Jucimar[4]

1Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. Contato: jessica_toldo@hotmail.com 2Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. 3Enfermeira, Mestre em Ciências Ambientais, docente do departamento de enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. 4Enfermeira, Mestre em Unidade de Terapia Intensiva, docente do departamento de enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

**RESUMO**: O pré-natal é um mecanismo acolhedor na assistência de saúde da mulher durante o seu ciclo gravídico, tendo como princípios assegurar uma gestação saudável do início ao fim e a garantia do bem-estar materno-fetal isenta de riscos. Este estudo objetivou identificar as percepções das puérperas em relação à assistência de enfermagem prestada no pré-natal, no município de Cunha Porã, estado de SC, fazendo uma análise com base na teoria Freireana. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativa exploratória, cujo método utilizado foi um questionário semi-estruturado para condução da entrevista. Considerando a satisfação das puérperas, todas relataram que foram bem atendidas quando procuraram atendimento no pré-natal, independente de terem agendado previamente ou não a consulta. Identificou-se nesta pesquisa que o enfermeiro não realiza a prática assistencial, focando-se apenas nas atividades grupais. A atenção pré-natal deve acontecer de forma humanizada proporcionando à mulher saúde materno-fetal.

**DESCRITORES:** Gestante; Enfermagem em Saúde Comunitária; Cuidado Pré-Natal; Teoria da Educação.

**ABSTRACT:** Prenatal care is a mechanism welcoming in the health care of women during their pregnancy cycle, with the principles ensure a healthy pregnancy from start to finish and ensure the well-being maternal and fetal risk. This study aimed to identify the

perceptions of the mothers in relation to nursing care during prenatal, in the town of Cunha Porã, SC state, making an analysis based on the theory of Paulo Freire. This is a qualitative exploratory research study, the method used was a structured questionnaire to conduct the interview. Considering the satisfaction of the mothers, all reported that they were well treated when seeking prenatal care, regardless of whether they beforehand or not the query. Identified in this study that the nurse does´t realizes nursing practice, focusing only on group activities. The prenatal care should happen in a humane providing the woman maternal-fetal.

**KEYWORDS:** Pregnancy; Community Health and Nursing; Prenatal Care; Theory of Education.

**RESUMEN:** El prenatal es un mecanismo acogedor en cuidado de la salud de las mujeres durante su ciclo de gravidez, con los principios para asegurar un embarazo saludable desde el principio hasta el fín y la garantía de la salud materna-fetal libre de riesgo. Este estudio pretende identificar las percepciones de las madres recientes en lo referente a la atención de enfermería en prenatal, en el municipio de Cunha Porã - SC, haciendo un análisis basado en la teoría de Freire. Esta es una encuesta de carácter cualitativo exploratorio, cuyo método utilizado fue un cuestionario semiestructurado para la realización de la entrevista. Teniendo en cuenta la satisfacción de las madres recientes, todas dijeron que fueron bien atendidas cuando buscaron atención prenatal, Independiente de tener programado previamente o no la consulta. Ha sido identificado en esta investigación que la enfermera no realiza práctica profesional de la salud, centrándose solamente en actividades de grupo. Con respecto al colectivo prenatal, la mayoría he dicho que no reciben información de enfermera, no tiene conocimiento de este término y han tenido la presencia del compañero en consultas prenatales con el doctor.

**PALABRAS LLAVES:** Mujeres embarazadas; Enfermería en Salud Comunitaria; Atención Prenatal; Teoría de la Educación.

## INTRODUÇÃO

O estudo aborda as percepções das puérperas em relação ao atendimento concebido pela equipe de enfermagem durante o pré-natal, analisando e confrontando com o modelo teórico de Freire, o qual acredita que a educação é eficaz quando ocorre o diálogo e as diferenças socioculturais respeitadas entre ambas as partes, provendo assim uma troca de conhecimento e instigando a curiosidade do desconhecido nas gestantes. Pois segundo ele [...] “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.” (Freire, 1987, p.39).

Entende-se que o enfermeiro durante a assistência pré-natal, deva estabelecer um vínculo com a gestante de modo que seus relatos sejam considerados e o diálogo recíproco estabelecido entre ambos, contribua na tomada de decisões.

Em meio a análises sobre os maiores problemas mundiais, a ONU estabeleceu metas a todos os países, designadas Objetivos do Milênio, com intuito de reestabelecer mecanismos para a redução dos elevados índices, tanto de mortalidade materna como infantil, até o ano de 2015. Entre estes objetivos está a melhoria à saúde das gestantes, no âmbito de atenção básica através de uma assistência integral e de qualidade ao binômio mãe-filho durante os períodos pré-natal e puerperal (Portal da Saúde, 2012).

Para que essa assistência tenha eficácia, o enfermeiro deve realizar práticas clínicas e obstétricas, bem como, desempenhar ações de prevenção e promoção da saúde, prezando para uma gestação de baixo risco. Porém, observou-se através deste estudo que o enfoque está ocorrendo apenas nas práticas educativas, reduzindo assim o contato individualizado com a mulher no atendimento pré-natal, que segundo o Ministério da Saúde deve ocorrer de forma integral.

No entanto, quando realizada adequadamente a assistência pré-natal, esta torna-se fundamental para que bons indicadores de saúde sejam atingidos, principalmente os de mortalidade materno-fetal.

Deste modo, o objetivo deste estudo foi identificar as percepções das puérperas frente ao atendimento prestado no pré-natal, no município de Cunha Porã, estado de Santa Catarina, fazendo uma análise segundo a teoria de Paulo Freire.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório qualitativo, realizada com puérperas cadastradas nas três Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais estão contempladas as três equipes de Estratégia de Saúde da Família no município de Cunha Porã, localizado no oeste do Estado de Santa Catarina, que compreende uma população de 10.656 habitantes.

As três ESFs são caracterizadas em ESF 1, 2 e 3, sendo a ESF 2 a referência para as demais por compreender uma estrutura física maior, concentrando deste modo um número maior de atendimentos e atividades a população. As consultas de pré-natal eram realizadas todas na ESF 2, onde havia atendimento médico com o clínico geral e com o ginecologista.

Foram selecionadas mulheres que se encontravam no período puerperal, cadastradas na Rede Cegonha vinculadas a Estratégia de Saúde da Família do município de Cunha Porã, no mês de fevereiro de 2013, a amostra da pesquisa se constituiu por 14 puérperas através da técnica metodológica “Bola de Neve”, onde as ACS indicavam as puérperas e as puérperas indicavam outras.

Os critérios de inclusão foram: puérperas que realizaram atendimento de pré-natal e estavam cadastradas em uma ESF pertencente ao município em questão; mulheres que se encontravam até o 42º dia pós-parto (puerpério tardio).

Como critério de exclusão: puérperas que realizaram consultas particulares, pois as mesmas na maioria dos casos não mantêm nenhum ou pouco contato com o enfermeiro e menores de 18 anos.

O estudo teve como instrumento de pesquisa entrevistas, com questões abertas semi-estruturadas visando responder os objetivos propostos, as mesmas foram elaboradas pelas pesquisadoras e conduzidas através de entrevistas.

No que se refere às questões éticas, foram esclarecidas as participantes do estudo os objetivos da pesquisa, bem como a garantia do sigilo e o respeito, como exige a resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996.

As puérperas que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a fim de assegurar o sigilo de sua identidade, foram identificadas por códigos (P1, P2, etc.) conforme a ordem de realização das entrevistas.

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de Análise do conteúdo, a qual compreende várias modalidades, dentre elas citamos neste estudo a análise temática, a qual visa encontrar núcleos de sentido que estão nas falas ou discurso, observando quantas vezes as unidades de sentido aparecem no texto. Esta análise divide-se em três etapas sendo elas, a pré-análise, exploração de material e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação (Minayo, 2010).

Neste estudo, além da análise de conteúdo foi feita a análise através do confronto dos dados obtidos com a teoria de Paulo Freire, a qual vê a educação como processo multifatorial, ético e transformador.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo constitui-se de 14 puérperas, que se encontravam cadastradas na Rede Cegonha e mantinham acompanhamento de pré-natal na Atenção Básica. O atendimento era realizado pelo médico ginecologista nas consultas mensais e pelas enfermeiras durante os grupos de gestantes.

Oberservou-se que a idade das mulheres que participaram no estudo compreendeu a faixa etária de 18 a 43 anos, sendo que todas se encontravam no puerpério.

Os resultados encontrados foram analisados e apresentados nesta seção de acordo com os três eixos temáticos estabelecidos: percepções das puérperas em relação ao atendimento de enfermagem prestado no ciclo gravídico; orientações prestadas no pré-natal: o reflexo do conhecimento e as condutas adotadas pelo profissional; pré-natal coletivo, diálogo e participação: dialogando com o pensamento de Paulo Freire.

A assistência no pré-natal não deve ater-se às ações clínicas-obstétricas, mas também abranger ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, considerando os aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, estes devem ser conhecidos pelos profissionais de enfermagem que assistem as mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto em que vivem, agem e reagem (Cardoso; Mendes; Santos, 2007).

Conforme Brasil (2006a) uma atenção pré-natal de qualidade e humanizada é essencial à saúde materna e fetal, mas para isso é necessário construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que veja a gestante em sua totalidade corpo e mente, considerando o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive.

O município em questão é divido em áreas, ou seja, três ESFs, sendo que cada um conta com ambiente próprio para atendimento. As consultas de pré-natal são realizadas na EFS 2 e os encontros do grupo de gestantes acontecem no salão nobre da prefeitura municipal.

Os profissionais das ESFs trabalham com uma carga horária de 8 horas diárias, com intervalo ao meio dia. As consultas com o clínico geral não são agendadas, sendo que o atendimento é por ordem de chegada, respeitando o número de consultas estabelecidas neste município. As mulheres gestantes ou não que necessitam atendimento com médico ginecologista, são agendadas todas no período da manhã.

Segundo os relatos das puérperas, o primeiro contato com a enfermeira ocorreu no momento do cadastro das gestantes no SIS pré-natal. Neste momento, o papel do enfermeiro resumiu-se na breve coleta de dados para o cadastro, não se realizava a consulta de enfermagem, apenas as reuniões com os grupos de gestantes.

Percebeu-se que apesar do enfermeiro não manter um vínculo significativo com as gestantes, o atendimento em geral prestado as mesmas gerou satisfação.

Considerando a percepção das puérperas com relação à satisfação, observou-se que 10 delas procuraram atendimento sem agendamento estavam satisfeitas, conforme relatam nas falas:

*"[...]. Toda vez que eu vim aqui no posto eu fui bem atendida." (P2).*

*"Toda vez que eu precisava eles me atendiam. Já que agora nessa gravidez eu tinha bastante complicação, porque era um parto em cima do outro, então a hora que eu precisava ir lá eles logo me atendiam. Não tive problemas." (P4).*

A satisfação das puérperas em relação ao atendimento prestado no pré-natal foi visível. Nas entrevistas a maioria delas manifestaram bom atendimento, sendo que apenas uma relatou insatisfação devido a transição política, o que acarretou a falta de profissional médico pediatra para atendimento durante o parto.

Conforme relatos das puérperas, identificou-se que 13 delas não tiveram nenhuma situação que prejudicou o atendimento durante o pré-natal, apenas 1 comentou que as consultas eram somente pela parte da manhã, isso lhe dificultava, pois a mesma residia na área rural e dependia do marido para o transporte até o ESF.

Este dado está relacionado com o estudo realizado por Rios e Vieira (2007), onde constataram que se faz necessário a persistência dos profissionais de enfermagem, no sentido de que sejam implementadas atividades que visem a melhoria das ações educativas no pré- natal e que o enfermeiro tenha seu papel reconhecido nesse contexto.

Embora seja possível apreciar uma gama de opções de assistência pré-natal segundo Baston e Hall (2010), é essencial que não se perca a essência da assistência, ou seja, a capacidade

de reflexão diante das necessidades individuais de cada mulher. Pois, cada uma terá suas próprias expectativas em relação ao que a assistência pré-natal pode fazer por elas.

Observou-se nos relatos das puérperas, que em muitos momentos o papel do enfermeiro voltado às orientações, foi transferido ao médico. Não havia outros meios de acolher a gestante além do grupo, nem ao menos horários flexíveis para abranger um número maior de gestantes.

O contato das gestantes com a enfermeira ocorreu através dos grupos de gestantes, sendo que só 5 gestantes tiveram possibilidade para frequentar as reuniões do grupo que aconteciam mensalmente. Os empecilhos para as demais não terem participado foram, complicações na gradivez, horário do grupo coincidir com horário de trabalho e falta de transporte para deslocamento ao local das reuniões, percebido nas seguintes falas:

*"Com a enfermeira eu não tive muito contato. Mais foi com o médico." (P8).*

*"[...]. Só na reunião que elas explicam bem. E primeiro eu nem podia ir porque eu só podia ficar deitada, aí eu comecei a trabalhar e nem fui também." (P1).*

Devido a esses fatores mensionados, o contato com o enfermeiro tornou-se fragmentado, bem como a assistência de enfermagem em si, deixando de ser repassadas muitas orientações consideradas fundamentais para o conhecimento da mulher, neste período caracterizado como gerador de muitas dúvidas, ansiedade e medo.

Vale ressaltar, que a atenção no pré-natal quando realizada de forma adequada reflete na redução dos índices de mortalidade materna e infantil. O Ministério da Saúde vem instigando cada vez mais os profissionais da área da saúde, em especial os enfermeiros, a aprimorarem suas práticas voltadas à saúde da mulher, como a realização da consulta de enfermagem no pré-natal com um olhar mais criterioso.

Neste sentido, o enfermeiro desempenha um papel importantíssimo na realização da consulta de pré-natal, pois é neste momento, que a gestante pode com mais intimidade expor seus sentimentos, esclarecer suas dúvidas, adquirir segurança no profissional, bem como, criar vínculo, através do diálogo recíproco e do processo educativo compartilhado e participativo. Para Freire (2009), a interação entre profissional e paciente precisa ser dinâmica. Desta forma, se a educação não é transferir conhecimento, o profisional deve ensinar apartir do que é conhecido para a gestante, propiciando sua construção e preparando o indivíduo para a convivência em grupo e em sociedade, contribuindo para construção da sua própria autonomia. Assim, destaca-se a importância de não concentrar todas as informação somente no grupo de gestantes, mas expô-las em outros momentos, como nas consultas de enfermagem no pré-natal. As puérperas apontaram que houve a participação do acompanhante durante as consultas, porém relatam não receber informação em relação a isso pelo enfermeiro, em nenhum momento da assistência. Percebeu-se também, que há muito a se avançar na assistência pré-natal, principalmente nas ações básicas do pré-natal que compete ao enfermeiro realizar, como a consulta de enfermagem.

As puérperas que frequentaram as reuniões do grupo de gestantes, receberam orientações referentes ao local do parto, posições para dormir, importância da respiração, uso da bola

suíça, massagens para alívio da dor na hora do parto, cuidados com a sua saúde e a do bebê, amamentação e sangramento no puerpério.

Observou-se que as informações repassadas no grupo de gestantes foram fundamentais, no entanto percebeu-se que algumas puérperas das quais não participaram em todos os encontros, não obtiveram informações sobre todos os cuidados referentes à mulher e o bebê. Além da grande quantidade de informações repassadas ao grupo de gestantes, as puérperas também tiveram a oportunidade de conhecer o ambiente hospitalar no qual utilizam para o trabalho de parto. Com relação ao reconhecimento do ambiente, também é necessário conhecimento, pois novas ações vêm sendo implantadas pelo Ministério da Saúde com o intuito de garantir um parto seguro. Dentre elas destaca-se o projeto Rede Cegonha, caracterizado como um novo componente do pré-natal, o qual tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materna e infantil no País, destacando-se dentre suas iniciativa, a vinculação da gestante à maternidade (Brasil, 2012).

Com relação ao período em que aconteciam os encontros do grupo, identificou-se uma participação inefetiva das puérperas. Um dos empecilhos foi o horário das reuniões, o qual dificultou a participação de algumas integrantes nos grupos de gestantes, sendo que o horário das reuniões do grupo coincidia com o emprego formal, conforme relato:

*"No grupo de gestantes eu não consegui ir nenhuma vez. Eles fazem a cada dois, três meses eu acho. Uma que eu tava trabalhando e minha patroa não me liberava e as outras eu não fiquei sabendo quando foram. [...]." (P4).*

Uma estratégia relevante seria a criação de grupos de gestantes em diferentes horários, para favorecer a participação das mulheres que matem vínculo empregatício.

Considera-se importante o incentivo à formação de grupo de gestantes, bem como, o apoio para permanência das mesmas no grupo, por meio de uma equipe multidisciplinar comprometida e que favoreça a participação efetiva dos acompanhantes durante a assistência (Cardoso; Mendes; Santos, 2007). Através dos relatos das puérperas, evidenciou-se que os profissionais da saúde necessitam rever suas condutas voltadas a assistência, pois estas não devem ser conduzidas de forma generalizada como percebido nos grupos, mas levar em consideração os aspectos individuais de cada mulher e de cada experiência de gravidez.

O acolhimento contribui com as diretrizes que fazem parte para a materialização dos princípios do SUS, destacando a integralidade, universalidade e equidade em saúde. Desta forma, a gestante além de receber um atendimento diferenciado pelo estado gestacional em que se encontra, acredita-se que os princípios também devem ser seguidos e respeitados neste caso (Andrade; Duarte, 2008).

Outro aspecto a se considerar diz respeito ao pré-natal coletivo, definido pela participação de um acompanhante de maior ligação com a gestante durante as consultas de pré-natal ou nos grupos de gestantes.

Segundo as puérperas, a maioria das gestantes não receberam orientações acerca das definições de pré-natal coletivo, e não foram orientadas quanto a presença de

acompanhante no momento da consulta pré-natal ou do grupo de gestante, conforme descrito nos relatos:

*"Não. Eles não falaram, mas eu sabia que podia levar. Meu marido me acompanhou duas vezes eu acho." (P2).*

*"[...]. Não recebi, mas sempre o pai me acompanhava." (P7).*

Tendo em vista que a informação acerca do pré-natal coletivo não foi repassada as gestantes durante o pré-natal, a maioria delas contou com a participação de um acompanhante durante as consultas ou no momento do parto. Também identificou-se que para as puérperas a participação do acompanhante tornou-as mais feliz, bem como, uma experiência diferenciada das outras gestações.

Percebe-se ainda que o diálogo durante a assistência no pré-natal não é tão efetivo, o que dificulta a formação de sujeitos críticos, pró-ativos, capazes de compreender o seu papel como atores sociais (Colliselli; Comerlatto; Kleba, 2007).

A proposta de Paulo Freire vem de encontro com a enfermagem no quesito que não existe educação, comunicação e interação sem diálogo. A educação para ser efetiva deve acontecer de forma dialogada, onde a conversação flua naturalmente (Freire, 2009). No entanto, é preciso trabalhar em cima da realidade, segundo Freire (2009), de forma que os meios de comunicação não sejam evitados, nem mesmo ignorado aquilo que nos cerca, pois a educação deve prezar para os valores e crenças já existentes.

## CONCLUSÕES

O estudo em questão alcançou os objetivos propostos, sendo que as informações colhidas servirão para identificar dificuldades e facilidades do serviço de pré-natal no município de Cunha Porã, SC. Conforme os resultados da pesquisa podemos observar que a maioria das puérperas se mostraram satisfeitas com o atendimento que lhe foi prestado, este inclui consultas com médico ginecologista, agendamento de consultas, participação dos grupos de gestantes e orientações repassadas pelos enfermeiros. Percebemos que as mulheres que não podiam frequentar os grupos de gestantes mantinham contato com a enfermeira da unidade apenas para o cadastro da mesma na Rede Cegonha, sendo que a consulta de enfermagem não era realizada no decorrer do pré-natal.Ressaltamos que as puérperas que participavam dos grupos de gestantes se mostraram satisfeitas, pois as informações e orientações que lá eram prestadas satisfaziam a todas. Podemos afirmar que o profissional enfermeiro desenvolve um trabalho nos grupos de gestantes que realmente gerou satisfação nas puérperas, pois mesmo as mulheres multigestas admitiram desconhecer informações importantes para manutenção da saúde materna e fetal. A Teoria Freireana é voltada para educação em suas diferentes formas de pedagogia, sendo a pedagogia a arte de ensinar, ressaltando a importância do diálogo no que tange a eficácia do aprendizado. O profissional enfermeiro precisa incentivar a comunicação da sua equipe, pois desta forma é seguro que ações surtirão efeito positivo na saúde da mulher e da família, preconizando que todos mantenham diálogo evitando informações controversas ou conflitos entre profissionais e

com pacientes, dando mais credibilidade ao serviço. Identificamos através dos relatos, que as mulheres se sentiram bem e mais seguras quando contavam com a presença do acompanhante, sendo nas consultas pré-natal, ultrassom ou parto. Enfim, ao término desta pesquisa, consideramos importante que o enfermeiro mantenha um vínculo com as gestantes e tenha empatia, paciência e conhecimento, contribuindo com a diminuição das taxas de morbi-mortalidade materna, fetal e neonatal no Brasil.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de cuidado

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Andrade Sônia Maria Oliveira de, Duarte Sebastião Junior Henrique. O Significado do Pré-Natal para Mulheres Grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. Saúde Soc. 2008; 17(2):132-139,. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/13.pdf.

Baston Helen, Hall Jennifer. Modelos de assistência pré-natal: as opções disponíveis. In: Baston Helen, Hall Jennifer. Pré-natal. Tradução: Vânia Regina de Souza Albuquerque et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. v. 2. il: (Série Enfermagem obstétrica essencial: uma abordagem humanizada).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. 3. ed. Brasília: MS, 2006a.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: MS, 2012.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

Cardoso Ângela Maria Rosas, Mendes Vanja Bastos, Santos Silvéria Maria dos. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo?. Universidade de Brasília Departamento de Saúde Coletiva. 2007 Jan/Jun; 142-159. Disponível em:http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf.

Colliselli Liane, Comerlatto Dunia, Kleba Maria Elisabeth. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. Texto Contexto Enfermagem. 2007 Abr/Jun; 16(2): 335-342. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a18v16n2.pdf.

Freire Paulo. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: EGA, 1996. Disponível em: http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf/ pedagogia_da_autonomia_-_paulofreire.pdf.

Freire Paulo, Shor Ira. Medo e Ousadia: O Cotidiano do Professor. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. (Coleção educação e Comunicação, v. 18). Disponível em:http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/otp/livros/medo_ousadia.pdf.

Freire Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra. 2009.

Minayo Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

Portal da Saúde. Legislação. Portaria consolidada da rede cegonha. [2011?]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt= 37470&janela=1.

Rios Claudia Teresa Frias, Vieira Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2007 Mar/Abr; (12) 2: 477-486. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf.

# DOENÇAS PREVALENTES ENTRE AS MULHERES NEGRAS: UMA REVISÃO NARRATIVA

# DISEASES PREVALENT AMONG BLACK WOMEN: A NARRATIVE REVIEW

# ENFERMEDADES PREVALENTES ENTRE LAS MUJERES NEGRAS: UNA REVISIÓN NARRATIVA

PRATES, Lisie Alende[1]
WILHELM, Laís Antunes[2]
SCARTON, Juliane[3]
BARRETO, Camila Nunes[4]
ALVES, Camila Neumaier[5]
CASTIGLIONI, Crislen Malavolta[6]
JUNGES, Carolina Frescura[7]
RESSEL, Lúcia Beatriz[8]

1Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. Email: lisiealende@hotmail.com
2Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
3Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
4Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
5Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
6Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
7Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
8Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do PPGEnf da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**RESUMO:** Historicamente, a mulher negra tem vivenciado um contexto de vida marcado pelo racismo e sexismo da sociedade. O conhecimento deste contexto pelos profissionais de saúde pode gerar reflexões, bem como a possibilidade de estratégias de enfrentamento conjuntas com o intuito de minimizar e/ou reduzir os agravos existentes na vida desta

mulher. O objetivo deste trabalho foi identificar e analisar a produção do conhecimento em saúde sobre a mulher negra. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura realizada nas bases de dados LILACS, BDENF e MEDLINE. A análise suscitou duas temáticas, sendo umas delas "Doenças prevalentes entre as mulheres negras", a qual será abordada nesse trabalho. Destaca-se a importância de intervenções na área da saúde e da educação, especialmente na formação dos profissionais que assistem essas mulheres nos serviços de saúde, de modo a promover a igualdade de gênero e racial às mulheres negras.

**DESCRITORES:** saúde da mulher; grupo com ancestrais do continente africano; enfermagem.

**ABSTRACT:** Historically, the black woman has experienced a life marked by racism and sexism. The knowledge of this context by health professionals can generate reflections, as well as the possibility of joint strategies in order to minimize and/or reduce the existing aggravations on the life of this woman. The objective of this work was to identify and analyze the production of knowledge in health on the black woman. It is a narrative review of literature conducted in the databases LILACS, BDENF and MEDLINE. The analysis raised two themes, being one of these "Diseases prevalent among black women", which will be addressed in this work. Stands out the importance of interventions in the area of health and education, especially in the training of professionals who assist these women in health services. in order to promote gender and racial equality to black women.

**DESCRIPTORS:** women's health; african continental ancestry group; nursing.

**RESUMEN:** Históricamente, la mujer negra ha experimentado una vida marcada por el racismo y el sexismo en la sociedad. El conocimiento de este contexto por profesionales de la salud puede generar reflexiones, así como la posibilidad de estrategias de afrontamiento con el objetivo de minimizar o reducir las provocaciones existentes sobre la vida de esta mujer. El objetivo de este estudio fue identificar y analizar la producción de conocimiento en salud en la mujer negra. Es una revisión narrativa de la literatura en las bases de datos LILACS, BDENF y MEDLINE. El análisis planteado dos temas siendo uno de estos "Enfermedades prevalentes entre las mujeres negras", que será abordado en este trabajo. Destaca la importancia de las intervenciones en el área de salud y educación, especialmente en la formación de los profesionales que asisten a estas mujeres en los servicios de salud, con el fin de promover igualdad de género y racial a las mujeres negras.

**DESCRIPTORES:** salud de la mujer; grupo de ascendência continental africana; enfermería.

## INTRODUÇÃO

Ser mulher e ser negra, no Brasil, significa estar inserida num ciclo de preconceito e discriminação, resultante de uma construção histórico-sociocultural. Apesar do grande avanço e da ampliação da assistência à saúde da mulher, trazidos por alguns programas e políticas de saúde, como, por exemplo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), ainda persistem lacunas no atendimento a mulher negra. O contexto de vida da mulher negra é marcado pelo racismo e sexismo da sociedade, que tem violado os seus direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, gerando os piores indicadores de qualidade de vida.[1] As mulheres negras encontram-se abaixo da linha da pobreza, em situação de analfabetismo, chefiando famílias sem cônjuge e com muitos filhos, com menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência no período gravídico-puerperal, apresentando maior vulnerabilidade a determinadas doenças.[2] Nesse contexto, analisar as desigualdades vivenciadas pela mulher negra sob a perspectiva de um recorte racial/étnico é fundamental para o planejamento e execução de ações, assim como para avaliar a qualidade de vida destes grupos populacionais. [3] Portanto, acredita-se que compreender a realidade das mulheres negras possibilitaria a reflexão do profissional de saúde e o questionamento do que pode ser feito para minimizar e/ou reduzir os agravos existentes na vida desses sujeitos. Apresenta-se nesse trabalho um recorte de uma revisão narrativa, que teve como objetivo identificar e analisar a produção do conhecimento em saúde sobre a mulher negra.

## METODOLOGIA

Estudo de revisão narrativa de literatura a partir do levantamento de produções científicas a respeito da mulher negra. Para orientar esse estudo, formulou-se a seguinte questão: qual é a produção do conhecimento em saúde sobre a mulher negra? Foram utilizadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). A busca nestas bases de dados procedeu da mesma maneira, utilizando-se os seguintes delimitadores: ( "mulher" ) *or* "mulheres" [Palavras] *and* ( "negra" ) *or* "negras" [Palavras do título], sem recorte temporal. O levantamento dos estudos ocorreu em maio de 2013. Para selecioná-los, os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisas originais, disponíveis *online*, na íntegra e gratuito, nos idiomas inglês, espanhol ou português. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos, sem relação com a temática central do estudo e as publicações repetidas entre as bases de dados. Para avaliação dos estudos incluídos na revisão narrativa, foi realizada análise crítica dos resultados por meio de um quadro sinóptico. Por fim, realizou-se a discussão dos principais resultados encontrados na pesquisa e a identificação de lacunas e sugestões pertinentes para novos estudos. Os dezoito artigos incluídos foram agrupados em temáticas, conforme a convergência dos assuntos abordados em cada artigo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Mediante a inclusão ou exclusão de estudos frente ao delineamento da pesquisa, com a coleta de dados, verificou-se inicialmente na base de dados LILACS, 23262 publicações relacionadas com as palavras ( "mulher" ) *or*"mulheres"; ao filtrar acrescentando as palavras do título ( "negra" ) *or* "negras" apareceram 52 estudos. Destes, 19 foram excluídos por não serem artigos, oito não estavam disponíveis na íntegra *online* e sete não apresentavam resumo na base de dados. Dessa forma, restaram 18 artigos para análise. A seguir, na base de dados BDENF, foram encontradas 2523 publicações relacionadas com as palavras ( "mulher" ) *or* "mulheres"; ao filtrar, acrescentando as palavras do título ( "negra" ) *or* "negras", a base de dados apontou 10 trabalhos. Entretanto, quatro foram excluídos por não serem artigos, quatro não estavam disponíveis na íntegra *online* e um não apresentava resumo na base de dados. Assim, restou apenas um para análise na base de dados BDENF. Por fim, na base de dados MEDLINE, ao inserir as palavras ( "mulher" ) *or* "mulheres" emergiram 53761 estudos; ao acrescentar as palavras do título ( "negra" ) *or* "negras", restaram cinco publicações. Contudo, dois não eram artigos e dois não apresentavam resumo e, portanto, foram excluídos; restando apenas um artigo. Ao final, os resultados encontrados nas três bases de dados foram cruzados com vistas a identificar publicações repetidas entre as mesmas. Com isso, finalizou-se a busca com um total de 18 artigos. A maior parte dos estudos foi publicada nos anos de 2009 e 2010. Os sujeitos do estudo foram, na sua maioria, mulheres, mas também foram encontrados estudos com mulheres e homens. As comunidades quilombolas predominaram, aparecendo como cenário de quatro estudos. O Brasil concentrou o maior número de publicações, mas também foram encontradas publicações na África do Sul e na Colômbia. Quanto às subáreas de conhecimento, os estudos pertenciam a Multiprofissional, Psicologia, Ciências Sociais, Medicina e Enfermagem, esta, por sua vez, com apenas um estudo. Entre os periódicos, dois prevaleceram entre as publicações: a revista Saúde e Sociedade e a revista Psicologia & Sociedade. Após identificar-se a produção sobre a mulher negra, passou-se à leitura de seu conteúdo, momento em que tendo sido identificados os conteúdos expostos, suscitaram duas temáticas centrais, das quais uma delas (“Doenças prevalentes entre as mulheres negras”) será abordada neste trabalho. Alguns problemas de saúde são mais prevalentes em determinados grupos raciais/étnicos e, no caso das mulheres negras, a literatura refere maior frequência de diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme.[3:51] Entretanto, nessa revisão, foi possível identificar algumas convergências e outras divergências quanto aos problemas de saúde comumente encontrados neste grupo. Entre as doenças e agravos que afetam a saúde da população negra, os estudos destacaram a hipertensão, doença periodontal, diabetes, anemia falciforme, Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e violência. A primeira dessas doenças, a hipertensão, com maior incidência na população negra do que na população branca, costuma surgir de forma mais precoce, grave e complicada.[3] Todavia, estudos têm demonstrado que em populações isoladas, mesmo em grupos raciais com maior prevalência

de hipertensão, a doença vem se apresentando com índices mais baixos. Principalmente, devido aos hábitos de vida específicos destas comunidades, as quais fazem pouca ingesta de sal, praticam atividade física intensa e possuem raros casos de obesidade.[4] Ainda assim, um aspecto a ser observado é a pressão de pulso, visto que a pressão de pulso alongada pode determinar a ocorrência de agravos como a própria hipertensão ou outros como diabetes, obesidade generalizada e obesidade central.[5] Nessa perspectiva, a realização de atividade física em diferentes momentos do dia (atividade laboral, deslocamento para o trabalho ou outros locais, atividade doméstica, nos momentos livres, entre outros), por exemplo, consiste em uma estratégia para prevenir tais agravos.[6] Outra doença comumente identificada entre os indivíduos da raça negra é a doença periodontal, a qual consiste em um processo inflamatório de origem infecciosa que pode acometer os tecidos gengivais e/ou os tecidos de suporte dos dentes.[7] A doença tem se apresentado com valores dentro dos padrões conhecidos no Brasil e no mundo, não havendo um diferencial pela cor da pele, embora esta represente um indicador de risco potencial para a doença.[8] Cenário este diferente de outra doença prevalente na raça negra, a anemia falciforme, condição crônica hereditária que incide majoritariamente em negros em todo o mundo.[3] É uma doença normalmente negligenciada que, na maioria das vezes, apresenta um diagnóstico tardio e que possui impacto significativo para a saúde da mulher, sobretudo no período reprodutivo, provocando, em geral, gravidez de risco com grandes índices de abortamento, necrose da cabeça do fêmur e complicações no parto, principalmente, por eclampsia.[9] Quanto ao HIV/AIDS, sabe-se que no Brasil a doença tem aumentado entre os mais pobres, onde a população negra encontra-se em maiores proporções.[10] Dessa forma, a doença apresenta-se como um agravo presente na vida das mulheres negras, com características bem específicas nesse grupo de mulheres, pois percebe-se que, entre elas, a doença é "resultante não apenas da ação patogênica de um agente viral específico e sim de outros determinantes".[11:53] Entre os fatores de risco para a doença tem-se a iniciação sexual precoce, comum entre as mulheres negras, acarretando, na maioria das vezes, na exposição à doença e/ou em gravidez indesejada.[12] Salienta-se, também, que as mulheres negras têm mais dificuldade em dialogar com médicos especialistas e em compreender os modos de transmissão da doença, os significados dos exames e da carga viral. Além disso, quando comparadas às mulheres brancas, as negras são atendidas em menores proporções por odontólogos, nutricionistas, médicos de outra especialidade (não infectologista ou ginecologista) ou outros profissionais,[13] o que indica que os profissionais de saúde não representam fontes potenciais de informação para esses sujeitos.[14] Ainda em se tratando da vulnerabilidade feminina negra ao HIV/AIDS, as mulheres negras têm maior chance de não evitar a relação sexual, caso o companheiro se recuse a usar camisinha e, geralmente, compreendem o uso do método apenas com o objetivo da contracepção**.** Elas não tem o hábito de dialogar com o parceiro sobre a contracepção, até porque há um total desconhecimento da importância desta em suas relações sexuais, tornando-as mais vulneráveis à infecção e às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).[14-15-16] A falta de conhecimento desse grupo se estende

dos modos de transmissão do HIV/AIDS até o próprio significado da doença, visto que para muitas dessas mulheres a doença tem cura, fazendo com que autopercebam-se sem risco de infecção ou com risco moderado.[14-15] Nessa perspectiva, enfatiza-se que a informação é a principal ferramenta para a prevenção e o enfrentamento da doença.[17] Além disso, entre as mulheres negras com relações homossexuais, continua a dominar a crença de risco inexistente de contrair HIV e outras DSTs durante as relações.[18] Em contrapartida, entre as mulheres brancas essa realidade difere-se, pois as mesmas apresentam maior probabilidade de evitar a relação sexual, caso o parceiro se recuse a usar o preservativo, já que autopercebem-se com risco de contrair a doença e, além disso, suas relações são marcadas pela negociação conjunta entre o casal pelo uso de métodos contraceptivos.15 Ainda é possível identificar que alguns fatores tornam as mulheres negras mais vulneráveis às DSTs, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido à localização afastada geograficamente das instituições de saúde vivenciada, por exemplo, por mulheres que vivem em comunidades quilombolas. As comunidades remanescentes de quilombos são espaços nos quais vivem os grupos étnico-raciais com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida, como os descendentes de mulheres e homens escravizados, ex-escravizados e negros livres.[19] Atualmente, no Brasil, existem 743 comunidades remanescentes de quilombos, com uma população de aproximadamente dois milhões de pessoas.[19] Nesse contexto, sabe-se que estes grupos, comumente, vivenciam dificuldades de acesso aos serviços de saúde, dificultando a realização de exames como o exame ginecológico e/ou a mamografia.[16] Tal achado ilustra a complexidade e gravidade das condições de saúde vivenciada por esses grupos, os quais vivenciam a ausência de ensino, precária presença de serviços de saúde, isolamento social e físico, preconceito e falta de informação.[17] Por fim, o último agravo identificado, se refere à violência, a qual vem marcando física e psiquicamente o cotidiano da mulher negra brasileira desde o período escravocrata nas suas diferentes formas, provocando na mesma sofrimento físico, sexual, psicológico, econômico, entre outros. Nesse contexto, a mulher negra é frequentemente humilhada, culpabilizada, dominada, domesticada, disciplinada, maltratada, desqualificada e desautorizada principalmente pelo próprio companheiro.[16,20] A violência está internalizada na trajetória de construção de história da mulher negra, aviltando sua dignidade e gerando a formação de uma autoestima baixa e de condições precárias de vida.[16] A violência também é capaz de aumentar a vulnerabilidade da mulher negra, demonstrando uma situação de inferioridade.[14] Destaca-se, também, que esse fenômeno não é praticado somente no meio familiar desses sujeitos,[20] mas também dentro dos serviços de saúde, por meio da denominada violência institucional. O acesso aos serviços de saúde ainda diferem entre os grupos populacionais, com maior desvantagem para as mulheres negras, as quais recebem um tratamento diferenciado, eivado de preconceito.[9,13,16] Diante disso, é necessário, portanto, a capacitação, sensibilização e conscientização de profissionais para o desenvolvimento de uma práxis humanizadora no atendimento às usuárias negras, que possa contribuir em melhores condições de vida destas,

acolhendo-as de maneira irrestrita, proporcionando um espaço de escuta solidária e não julgadora.[9,13,15,16] Também ressalta-se que para implementação de políticas de saúde que respondam às necessidades de saúde das mulheres negras, é imprescindível a realização de estudos sobre as suas condições de saúde desse grupo.

**CONCLUSÃO**

Este estudo permitiu identificar as produções acadêmicas existentes sobre a mulher negra, assim como a reflexão sobre o conteúdo dessas produções, tornando possível o reconhecimento de lacunas naquilo que foi produzido e nos avanços já conquistados. As mulheres negras possuem menos acesso à educação e à saúde, sendo por vezes inseridas em posições desqualificadas no mercado de trabalho ou são excluídas da população economicamente ativa. Esses aspectos têm o potencial de fazer com que elas sofram cotidianamente situações de preconceito e até mesmo violência, sendo discriminadas socialmente, o que pode comprometer sua saúde física e mental, influenciando no processo de saúde-doença e acarretando, sobretudo, na perda da identidade e na sua existência como seres humanos. Além disso, por não conseguirem acessar ou permanecer nos serviços de saúde, devido a atitudes racistas e sexistas, não dispõem de orientações de saúde, resultando em comportamentos e atitudes que podem interferir negativamente na forma como estas mulheres nascem, vivem e morrem. Percebe-se que todos esses fatores, associados aos contextos sociais em que vivem as mulheres negras, potencializam suas vulnerabilidades às doenças e agravos encontrados neste e em outros estudos. Portanto, destaca-se a necessidade de intervenções na área da saúde e da educação, especialmente na formação dos profissionais que assistem essas mulheres nos serviços de saúde por meio de atividades na comunidade e educação permanente, visando o enfrentamento dessas questões por meio de ações de promoção da igualdade de gênero e racial que garantam condições dignas de vida e saúde às mulheres negras.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado.

**REFERÊNCIAS:**

1. Werneck J. Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Grupo Criola: Rio de Janeiro, 2010.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras. Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

3. 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: Ministério da Saúde, 2004.

4. Jardim PCBV, Carneiro O, Carneiro SB, et al. Pressão arterial em comunidade negra isolada remanescente de quilombo – norte de Goiás – Kalunga. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 1992; 58(4):289-293.

5. Lessa I, Barbosa PJB, Barbosa SJO, et al. Associação entre pressão de pulso e fatores de risco cardiovascular em população negra. Revista Brasileira de Hipertensão. 2009;16(1):15-22.

6. Pitanga FJG, Lessa I, Barbosa PJB, et al. Atividade física na prevenção de diabetes em etnia negra: quanto é necessário? Revista da Associação Médica Brasileira. 2010;56(6): 697-704.

7. Bardauil MRRS. Doenças periodontais. Caso complexo 11 – Sérgio. Especialização em Saúde da Família. UNIFESP, 2009.

8. Segundo TK, Ferreira EF, Costa JE. A doença periodontal na comunidade negra dos Arturo ’s, Contagem, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2004; 20(2): 596-603.

9. Cordeiro RC, Ferreira SL. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2009; 13(2):352-58.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa estratégico de ações afirmativas: população negra e Aids. Brasília, 2005.

11. Taquette SR. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/AIDS. Saúde e Sociedade. 2010; 19(2):51-62.

12. Simão AB, Ribeiro PM, Caetano AJ, César CC. Comparando as idades à primeira relação sexual, à primeira união e ao nascimento do primeiro filho de duas coortes de mulheres brancas e negras em Belo Horizonte: evidências quantitativas. Revista Brasileira de Estudos de População. 2006; 23(1): 151-166.

13. Lopes F, Buchalla CM, Ayres JRCM. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. Revista de Saúde Pública. 2007; 41(2):39-46.

14. Albuquerque VS, Moço ETSM, Batista CS. Mulheres negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. Saúde e Sociedade. 2010; 19(2): 109-120.

15. Ribeiro PM, Simão AB, Caetano AJ, et al. Perfis de vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS em Belo Horizonte e Recife: comparando brancas e negras. Saúde e Sociedade. 2010; 19(2):21-35.

16. Riscado JLS, Oliveira MAB, Brito ÂMBB. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/AIDS em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. Saúde e Sociedade. 2010;19(2): 96-108.

17. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/AIDS por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. Saúde e Sociedade. 2010;19(2):109-120.

18. Matebeni Z. All Sexed Up*:* a resposta de mulheres lésbicas negras jovens ao sexo (mais) seguro em Johannesburg, África do Sul. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2009;19(2):333-348.

19. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm>. Acesso em: 16 jun. 2013.

20. Costa N, Sierra JC, Bermúdez MP, et al. Comparación entre mujeres blancas y negras víctimas de la violencia de pareja en el nordeste de Brasil. Revista Colombiana de Psicología. 2009;18(2):135-143.

# SER MULHER NEGRA: UMA REVISÃO NARRATIVA

# TO BE BLACK WOMAN: A NARRATIVE REVIEW

# SER MUJER NEGRA: UNA REVISIÓN NARRATIVA

PRATES, Lisie Alende[1]
ALVES, Camila Neumaier[2]
BARRETO, Camila Nunes[3]
SCARTON, Juliane[4]
WILHELM, Laís Antunes[5]
CREMONESE, Luiza[6]
POMPEU, Kelen da Costa[7]
RESSEL, Lúcia Beatriz[8]

1Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. Email: lisiealende@hotmail.com
2Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
3Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
4Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
5Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
6Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
7Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
8Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do PPGEnf da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**RESUMO:** A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi criada com o intuito de assistir às mulheres em todas as suas especificidades e ciclos de vida, respeitando as diferentes faixas etárias e distintos grupos sociais. Apesar de seu avanço, percebe-se ainda a exclusão de certos segmentos da sociedade, como as mulheres negras. Esse trabalho representa um recorte de uma revisão narrativa realizada nas bases de dados LILACS, BDENF e MEDLINE, com o objetivo de identificar e analisar a produção do conhecimento em saúde sobre a mulher negra. Em nossa sociedade, a mulher negra é discriminada

triplamente por ser mulher, negra e por sua situação socioeconômica. A vida da mulher negra tem sido marcada por situações de humilhação e desvalorização e pela busca de um embranquecimento idealizado. A escola apresenta-se como um espaço com potencial para fortalecer a identidade e valorização da mulher negra desde a infância.

**DESCRITORES:** autoimagem; grupo com ancestrais do continente africano; sexismo; racismo; enfermagem.

**ABSTRACT:** The National Policy for Women's Integral Health Care was established in order to assist women in all its specificities and life cycles, respecting the different age groups and different social groups. Despite its advance, see also the exclusion of certain segments of society, such as black women. This work represents a snip of a narrative review held in the databases LILACS, BDENF and MEDLINE, with the objetive of to identify and analyze the production of knowledge in health on the black woman, that had how objective to identify and analyze the production of knowledge in health on the black woman. In our society, the black woman is triply discriminated for being woman, black and socioeconomic status. The black woman's life has been marked by humiliation and devaluation and by the search for an idealized whitening. The school presents itself as a space with the potential to strengthen the identity and appreciation of black woman since childhood.

**DESCRIPTORS:** self concept; african continental ancestry group; sexism; racism; nursing.

**RESUMEN:** La Política Nacional de Atención Integral a la Salud de las Mujeres fue establecida para asistir a mujeres en todas sus especificidades y ciclos de vida, respetando los diferentes grupos de edad y diferentes grupos sociales. A pesar de su progreso, aún se observa la exclusión de ciertos segmentos de la sociedade, como las mujeres negras. Este trabajo representa un recorte de una revisión narrativa que se llevó a cabo en las bases de datos, BDENF, LILACS y MEDLINE, con el objetivo de identificar y analizar la producción de conocimiento en salud en la mujer negra. En nuestra sociedade, la mujer negra es triplemente discriminada por ser mujer y por su nivel socioeconómico. La vida de la mujer negra ha estado marcada por la humillación y la devaluación y por la búsqueda de un embraquecimento diseñado. La escuela se presenta como un espacio con el potencial para fortalecer la identidad y la apreciación de la mujer negra desde la infancia.

**DESCRIPTORES:** autoimagem; grupo de ascendência continental africana; sexismo; racismo; enfermería.

## INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, o cuidado à saúde da mulher limitou-se ao ciclo gravídico-puerperal, sendo a saúde da mulher reduzida apenas em sua dimensão procriativa. Percebendo que essa visão deveria ampliar-se em várias direções, desde a mulher-adolescente até a mulher-idosa, as mulheres passaram a reivindicar por uma assistência integral que não as contemplasse apenas no período reprodutivo. Com isso, foi criado em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual propunha uma abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital.[1] O PAISM surgiu antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e antes mesmo da promulgação da Carta Magna, sendo pioneiro na visão de integralidade da saúde.[2] Entretanto, mesmo com a instituição e os avanços com a criação do mesmo, o PAISM deixou muitas lacunas em suas proposições, como o cuidado voltado às mulheres negras, lésbicas, indígenas, residentes em áreas urbanas, rurais e locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, profissionais do sexo e portadoras de deficiência.[3] Dessa forma, em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) enfatizando que "as mulheres devem ser atendidas em todas as suas especificidades e ciclos de vida, resguardando-se as diferentes faixas etárias e distintos grupos sociais".[4:20] Apesar do inegável avanço, é essencial questionar a real implementação dos princípios e diretrizes estabelecidos pela PNAISM, pois percebe-se ainda a exclusão de certos segmentos da sociedade,[5] como por exemplo as mulheres negras, as quais representam um grupo extremamente vulnerável a várias doenças e agravos. Além disso, quando se tratam de mulheres negras residentes em áreas afastadas geograficamente dos serviços de saúde, como as mulheres quilombolas, destaca-se a dificuldade de acesso aos serviços de saúde vivenciada pelas mesmas ou, até mesmo, a baixa qualidade no atendimento recebido.[4] Com isso, vale ressaltar que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, assim como a baixa qualidade do atendimento recebido associado à inexistência de ações voltadas às mulheres negras são consideradas como as causas de morte nesse grupo.[4] Nesse contexto, destaca-se que "a morte materna de mulheres negras é quase seis vezes maior do que a de mulheres brancas".[4:22] Sendo assim, percebe-se a necessidade de maior capacitação dos profissionais de saúde direcionada especificamente para a atenção à saúde da mulher negra, pois entende-se que "o significado social negativo atribuído a determinados padrões fenotípicos resulta em tratamento desigual e em enorme barreira que impede e dificulta a mobilidade social da população negra".[6:61] Esse trabalho representa um recorte de uma revisão narrativa, a qual teve como objetivo identificar e analisar a produção do conhecimento em saúde sobre a mulher negra.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura acerca da mulher negra, com a seguinte questão norteadora: qual é a produção do conhecimento em saúde sobre a mulher negra? A busca foi realizada em maio de 2013, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do

Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), utilizando-se os seguintes delimitadores: ( "mulher" ) *or* "mulheres" [Palavras] *and* ( "negra" ) *or* "negras" [Palavras do título], sem recorte temporal. Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisas originais, disponíveis *online*, na íntegra e gratuitamente, nos idiomas inglês, espanhol ou português. Já os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos, sem relação com a temática central do estudo e as publicações repetidas entre as bases de dados. Elaborou-se um quadro sinóptico para avaliar os dezoito estudos encontrados e incluídos na revisão. Mediante essa avaliação, foram discutidos os principais resultados encontrados, as lacunas existentes e algumas sugestões para novos estudos.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na busca realizada, inicialmente, na base de dados LILACS foram encontradas 23262 publicações relacionadas com as palavras ( "mulher" ) *or* "mulheres"; ao acrescentar as palavras do título ( "negra" ) *or* "negras" emergiram 52 estudos. No entanto, 34 foram excluídos (19 por não serem artigos, oito por não estarem disponíveis na íntegra *online* e sete não apresentarem resumo na base de dados), restando, assim, apenas 18 artigos. Na base de dados BDENF, ao inserir as palavras ( "mulher" ) *or* "mulheres" foram encontradas 2523 publicações; ao acrescentar as palavras do título ( "negra" ) *or* "negras", surgiram 10 trabalhos. Destes, 9 foram excluídos (quatro não eram artigos, quatro não estavam disponíveis na íntegra *online* e um não apresentava resumo na base de dados). Assim, restou um artigo na base de dados BDENF. Finalmente, na base de dados MEDLINE, emergiram 53761 estudos ao inserir as palavras ( "mulher" ) *or* "mulheres"; ao filtrar, utilizando-se as palavras do título ( "negra" ) *or* "negras", restaram cinco publicações. Destas, duas não eram artigos e duas não apresentavam resumo; restando somente um artigo. Ainda foram identificadas repetições entre as bases de dados, finalizando-se, assim, a busca com 18 artigos. Os estudos concentraram-se, principalmente, entre os anos de 2009 e 2010, tendo como sujeitos, em sua maioria, mulheres e como cenários predominantemente as comunidades quilombolas. A maioria das publicações é originária do Brasil, mas também foram encontradas publicações na África do Sul e na Colômbia, principalmente entre as revistas Saúde e Sociedade e Psicologia & Sociedade. Entre as subáreas de conhecimento, prevaleceu a subárea Multiprofissional, seguida da Psicologia, Ciências Sociais e Medicina, e de forma menos expressiva a Enfermagem. Os artigos foram agrupados em duas temáticas, sendo que neste trabalho será abordada a temática "Ser mulher negra". Sendo assim, tem-se percebido, ao longo dos anos, que o Brasil tem cultivado a falsa concepção de democracia racial.[7] Concepção essa que vem sendo construída historicamente por meio de uma elite que se autoidentifica como branca e superior etnicamente. Nessa perspectiva, a população negra é considerada um tipo étnico e culturalmente inferior, comportando-se consequentemente de forma deslocada, submetida a

condições de humilhação e desvalorização. [7] Em se tratando da mulher, os padrões de beleza impostos pela elite brasileira são aqueles que envolvem a estética da mulher magra e de cabelos lisos. Com isso, as mulheres negras percebem-se sob outro prisma, assumindo a ideologia do embranquecimento e buscando a reprodução de um modelo socialmente considerado como belo e ideal. Tendo em vista que, muitas vezes, somente prevalecem adjetivos depreciativos associados à imagem da pessoa negra.[7-8] Sabe-se que todas essas concepções são construídas desde a infância, na qual o sujeito tende a refletir os processos sociais da sociedade em que está inserido, influenciados por crenças e valores instaurados historicamente. Assim, o contexto social, cultural e histórico de nosso país, sempre idealizou o branco, restando ao indivíduo da raça negra a negação e desvalorização de suas origens, qualidades e valores étnicos e a busca incessante desse ideal, já que muitas vezes o negro é considerado como desprovido de beleza, pobre e incapaz.[7] Dessa forma, ele "vai assim construindo uma experiência de vida marcada pelos efeitos da rejeição, da igualdade de direitos que não pode exercer e da falsa aceitação social".[7:387] Atualmente, a mulher negra ainda sofre esse processo de busca pelo embranquecimento. Contudo, tem deixado de vivenciar a demarcação de papéis predestinados, durante muito tempo, pela sociedade, na qual esta deveria ser apenas reprodutora biológica da espécie e cuidar do lar e da família, afastar-se do mundo do poder e do público, sem se queixar da sobrecarga de trabalho e se comportando de forma submissa e com abnegação. Além disso, historicamente, a mulher também era responsável por repassar aos filhos valores como simplicidade, conformismo, imaginação, bondade e pureza.[8-9] Portanto, embora muito se tenha avançado no que se refere aos direitos de homens e mulheres e na luta por equilíbrio de poder entre ambos, as mulheres ainda percebem muitas defasagens em relação aos homens.[9] No que se refere especificamente às mulheres negras, as quais culturalmente internalizaram mecanismos de submissão e obediência, elas ainda suportam atos de violência e humilhação em nome da preservação da família. E, por esse motivo, "muitas delas sentem culpa e, sobretudo, vergonha de tornar pública a violência que vivenciam dentro de seus lares".[8:103] Desse modo, as mulheres negras vivem em condições mais vulneráveis e "sofrem maiores dificuldades para encontrar apoio na denúncia e na recuperação das consequências da violência recebida".[4:33] A mulher negra, portanto, além de sofrer os efeitos devastadores do racismo, também sofre devido ao sexismo perpetrado por uma sociedade que no transcurso de sua história tem sido marcada por relações de dominação e submissão da mulher. Também destaca-se que desde a socialização primária, especialmente na escola, a qual representa um espaço fundamental para construção da identidade do indivíduo desde a infância, os sujeitos aprendem a desenvolver e retroalimentar o preconceito e a discriminação. Nesse contexto, a escola mantém uma cultura legitimada pela classe dominante e deixa de exercer um papel transformador, no qual poderia trabalhar com a diversidade multiétnica brasileira, auxiliando na construção de uma sociedade mais harmônica.[7] Com isso, "a criança assimila, em seu mundo simbólico, valores, crenças e padrões de comportamento estigmatizados através das relações sociais"[7:378] e, assim, por

exemplo, muitas meninas negras aprendem a silenciar-se, pois entendem que não há como, com quem e nem porque reclamar, contribuindo para que futuramente estas não tenham iniciativa para se defender.[7-8] Ao chegar à vida adulta, a mulher negra percebe-se discriminada triplamente por ser mulher, negra e por sua situação socioeconômica.[10] E como aprendeu a silenciar-se desde a mais tenra idade, mesmo reconhecendo a discriminação e o preconceito existentes nas suas diferentes formas, ela se amedronta e se intimida e, assim, permanece passiva e não se queixa, invisibilizando e naturalizando as situações vivenciadas.[7,11-12] Entretanto, sabe-se que estas situações, que são aparentemente simples, constituem tanto a sociedade brasileira quanto as subjetividades pessoais e, na sua maioria, não são apenas racistas, mas também sexistas, podendo gerar grande impacto sobre as vidas dessas mulheres, desencadeando sofrimento, estresse e inúmeras enfermidades.[7-8,11-12] Diante desse cenário de preconceito e discriminação, a mulher negra também não consegue vivenciar sua opção sexual com liberdade. Nessa perspectiva, destaca-se que a saúde sexual das mulheres lésbicas não é uma temática frequentemente discutida na sociedade.[13-14] Assim, as mulheres negras lésbicas obrigam-se a se calar sobre sua sexualidade e suas experiências até mesmo com os profissionais de saúde, que não foram preparados para atuar de forma diferenciada, respeitando a subjetividade e singularidade do sujeito. Portanto, destaca-se o despreparo do profissional para lidar com as especificidades sexuais, produzindo exclusão e violência simbólica a essas mulheres.[15] Outro aspecto a ser destacado é relacionado à autopercepção do sujeito da raça negra, pois embora a literatura apresente a população negra de forma passiva e com atitudes de menos valia em relação a si própria, também pôde-se identificar estudos em comunidades quilombolas, que devido ao fato da maioria dos sujeitos serem da raça negra, estes percebem-se como iguais. Também orgulham-se de sua raça e do lugar em que moram; acreditam que ser quilombola significa pertencer a uma comunidade negra, assumir sua cor, sentir orgulho, lutar contra o racismo, pela liberdade, ideais e objetivos. Caracterizam as mulheres da comunidade como guerreiras, batalhadoras, que lutam dia e noite por uma vida melhor.[16] Nessa mesma comunidade quilombola, reconhece-se que a maioria das pessoas é analfabeta e sem oportunidades de trabalho, sendo, muitas vezes, discriminada por sujeitos da raça branca. Os moradores da comunidade acreditam que a sociedade os considera ignorantes e sofredores.[16] Por conseguinte, o grupo é marcado pela luta contra o preconceito e a discriminação, induzindo nos sujeitos a conscientização, a assunção da negritude e o pertencimento à comunidade quilombola.[16] Tais achados elucidam a necessidade de mudanças de atitudes na sociedade, principalmente, nos serviços de saúde, que apresentam-se como espaços, nos quais a discriminação e o preconceito são explícita ou mesmo implicitamente apresentados. Os profissionais de saúde ainda desenvolvem um cuidado pautado no modelo biomédico, impregnado de poder sobre o corpo feminino, que desconsidera o conhecimento da usuária e que se apresenta diferenciado quando se trata de uma mulher negra, utilizando uma linguagem carregada de significados de rejeição, humilhação e depreciação explícitos, indicando claramente a discriminação.[11] Comumente,

eles se comportam como "proprietários do saber e responsáveis por decidir toda terapêutica utilizada sem nenhuma possibilidade de questionamento e intervenção".[11:357] O enfermeiro também é retratado como um profissional que desenvolve uma prática fragmentada em técnicas e/ou tarefas, visando somente à economia de tempo e maior agilidade. Logo, comportamentos como estes dificultam o acesso e a permanência de mulheres negras nos serviços de saúde, que entendem a discriminação sofrida por serem mulheres, negras e pobres. Pois devido a essas características, elas, na maior parte das vezes, são preteridas a permanecer nas emergências esperando por uma vaga, assistindo enquanto outros usuários são internados.[11] Assim, faz-se necessário um cuidado que possa ser individualizado e diferenciado, centrado no usuário, com ênfase na subjetividade e nas singularidades, fortalecendo um modelo de atenção à saúde que atenda às especificidades de todo o universo feminino. Enfatiza-se também a possibilidade de atividades grupais, que permitam às mulheres desnaturalizar as situações de discriminação, identificar os discursos que mascaram o racismo, perceber os efeitos que geram e legitimar a necessidade de justiça, fazendo com que a denúncia passe da perspectiva individual a uma perspectiva de direitos, pois fundamental não é ter direitos, mas sim poder reivindica-los e gozá-los efetivamente.[12,17] Assim, outra possibilidade encontra-se na participação em grupos de militância, como o Movimento Negro, Movimento Feminista e o Movimento de Mulheres Negras, os quais favorecem um processo de reconstrução pessoal, no qual a vergonha de ser da raça negra pode transformar-se no orgulho por essa raça.[7,17]

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu reflexões acerca das questões que envolvem raça e gênero, demonstrando a necessidade de mudança nas instituições de saúde e no comportamento dos próprios profissionais de saúde. É imprescindível o reconhecimento do racismo e do sexismo e das suas variadas formas de expressão, como fatores determinantes das condições de saúde e geradores das desigualdades para a saúde das mulheres negras. A partir desse reconhecimento, será possível o enfrentamento das situações de discriminação e preconceito vivenciadas pela mulher negra. Também destaca-se a necessidade de fortalecer, em espaços como a escola, a identidade da mulher negra, pois entende-se que este local configura-se como um dos primeiros locais de socialização das crianças e no qual, muitas vezes, permeia uma construção coletiva da sociedade de que o indivíduo da raça negra é inferior. A escola deve representar um espaço de reflexão, com potencial de promover a conscientização dos direitos e a percepção e construção da cidadania de meninos(as) negros(as), promovendo seu empoderamento e melhorando sua autoestima. No que se refere aos serviços de saúde, ressalta-se a necessidade de uma formação profissional humanizada e maior capacitação dos profissionais de saúde para que possam assistir às mulheres negras em todas as suas particularidades e necessidades.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado.

**REFERÊNCIAS:**

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos:** uma prioridade do Governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

2. SOUTO, K. M. B. Saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

3. RAMALHO, K. S.; SILVA, S. T.; LIMA, S. M.; SANTOS, M. A. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? **Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e Sociais Fits**, v. 1, n. 1, p. 11-22, 2012.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher**: um diálogo aberto e participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

5. FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009.

6. TAQUETTE, S. R.; MEIRELLES, Z. V. Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/Aids: um estudo com adolescentes negras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 129-142, 2013.

7. FERREIRA, R. F.; CAMARGO, A. C. As Relações Cotidianas e a Construção da Identidade Negra. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 2, p. 374-389, 2011.

8. RISCADO, J. L. S.; OLIVEIRA, M. A. B.; BRITO, Â. M. B. B. Vivenciando o Racismo e a Violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/AIDS em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Saúde e Sociedade**, v. 19, supl. 2, p. 96-108, 2010.

9. SOUZAS, R.; ALVARENGA, A. T. Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos: concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 125-132, 2007.

10. COSTA, N.; SIERRA, J. C.; BERMÚDEZ, M. P.; CASAL, G. B. Comparación entre mujeres blancas y negras víctimas de la violencia de pareja en el nordeste de Brasil. **Revista Colombiana de Psicología**, v. 18, n. 2, p. 135-143, 2009.

11. CORDEIRO, R. C.; FERREIRA, S. L. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 352-58, 2009.
12. OLIVEIRA, M. L. P.; MENEGHEL, S. N. E.; BERNARDES, J. S. Modos de subjetivação de mulheres negras: efeitos da discriminação racial. **Psicologia e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 266-274, 2009.

13. GIRALDO, F. U.; QUEVEDO, J. E. M. La dinâmica placer/afecto en la constitucion de feminidades en mujeres negras y mestizas--blancas de diferentes sectores sociales en el suroccidente colombiano. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 11, p.155-186, 2012.

14. MATEBENI, Z. *All Sexed Up:* a resposta de mulheres lésbicas negras jovens ao sexo (mais) seguro em Johannesburg, África do Sul. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 333-348, 2009.

15. VALADÃO, R. C.; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, N. 4, p. 1451-1467, 2011.

16. SANTOS, G. L.; CHAVES, A. M. Ser quilombola: representações sociais de habitantes de uma comunidade negra. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 353-361, 2007.

17. RODRIGUES, C. S.; PRADO, M. A. M. Movimento de mulheres negras: trajetória política, práticas mobilizatórias e articulações com o estado brasileiro. **Psicologia e Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 445-456, 2010.

# O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CUIDADO À GESTANTE COM PRÉ-ECLÂMPSIA

# THE ROLE OF NURSES IN CARE TO PREGNANT WITH PRE-ECLAMPSIA

# EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO COM LA EMBARAZADA CON PREECLAMPSIA

BARBOSA, Mariane da Silva [1]
BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin[2]
OLIVEIRA, Carla Silveira de[3]
ALVES, Camila Neumaier[4]
GARCIA, Raquel Pötter[5]
COSTA, Letícia Machado da[6]
ROSSO, Laís Fuzer[7]
BRUM, Dyan Jamilles Teixeira[8]

1 Apresentador. Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: marianebarbosa@live.com.
2 Enfermeira. Professora Associada II do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Doutora em Enfermagem. Více-líder do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Email: lourdesdenardin@gmail.com.
3 Acadêmica do 7° semestre do Curso de Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa: Trabalho, Saúde e Enfermagem. E-mail: carlasoenf@gmail.com.
4 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf) da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: camilaenfer@gmail.com.
5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem. Email: raquelpottergarcia@gmail.com.
6 Enfermeira. Servidora técnico/administrativa da UFSM/HUSM. Pós-graduada em Formação Pedagógica de Docentes para a Educação Profissional pelo SEG-Sistema Educacional Galileu. Email: leticiamc@ibest.com.br.
7 Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem. Email: laisfrosso@gmail.com.
8 Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem. Email: jamillesenf@gmail.com.

**RESUMO:**
A pré-eclâmpsia é a principal causa de morte materna, sendo responsável pelo grande número de óbitos perinatais. Objetivou-se identificar, por meio de uma revisão de literatura,

a importância do papel do enfermeiro no cuidado à gestante com pré-eclâmpsia. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão narrativa, realizada por meio de um levantamento nas bases de dados *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Base de dados de enfermagem* (BDENF). Identificaram-se três temáticas associadas ao objetivo desta revisão. A primeira delas é relacionada ao conhecimento do profissional de enfermagem sobre Pré-Eclâmpsia; A segunda com a assistência de enfermagem às gestantes com Pré-Eclâmpsia; A terceira temática aborda sentimentos e percepções de gestantes com Pré-Eclâmpsia. O papel do enfermeiro no cuidado às gestantes com pré-eclâmpsia vincula-se a necessidade de conhecimento da doença, identificação de sinais e sintomas, promoção de estratégias de educação em saúde e orientações.

**DESCRITORES:** Cuidados de enfermagem; Pré-eclâmpsia; Enfermagem.

**ABSTRACT:**
Pre-eclampsia is the main cause of maternal death, being answerable for the large number of perinatal deaths. The aim of this study was to identify, through a literature review, the importance of the nurse's role in supportive care of pregnant women with pre-eclampsia. This is a bibliographic research, of type narrative review, held through a survey in databases *Latin American and Caribbean Health Sciences* (LILACS) and *Database of Nursing* (BDENF). Three topics related to the aim of this review were identified. The first is related to the knowledge of nurse professionals about pre-eclampsia; The second with the nursing care to the women with pre-eclampsia; The third topic approach the feelings and perceptions of pregnant women with pre-eclampsia. The role of nurses in care for pregnant women with pre-eclampsia is linked to the need for knowledge of the disease, identification of signs and symptoms, health promoting actions and orientations.

**KEYWORDS:** Nursing care; Pre-eclampsia; Nursing.

**RESUMEN:**
Preeclampsia es la principal causa de muerte materna. El objetivo fue identificar la importancia del papel de la enfermera en el cuidado de las mujeres embarazadas con preeclampsia. La revisión se llevó a cabo través de una encuesta en las bases de datos *Del Caribe en Ciencias de la Salud de América Latina* (LILACS) y *Base de Datos de Enfermería* (BDENF).Se identificaron tres temas relacionados con el objeto de esta revisión. El primero se relaciona con el conocimiento del personal de enfermería en Pre-Eclampsia; El segundo con la atención de enfermería para las mujeres embarazadas con preeclampsia; El tercer tema trata los sentimientos y percepciones de las mujeres embarazadas con preeclampsia. El papel de la enfermera en el cuidado de las mujeres embarazadas con preeclampsia está relacionado con la necesidad de conocimiento de la

enfermedad, identificación de los signos y síntomas, promoción de estrategias y directrices de educación en salud.

**DESCRIPTORS:** Atención de Enfermería; Preeclampsia; Enfermaría.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, as complicações hipertensivas durante a gravidez são consideradas as principais causas de morbimortalidade, tanto materna quanto fetal. Essas aparecem em cerca de 10% de todas as gestações, entretanto, ocorrem com maior frequência em mulheres na primeira gestação ou em gestação múltipla; mulheres com hipertensão arterial sistêmica (HAS) pregressa há quatro anos; história de HAS em gravidez anterior; e doença renal; além de mulheres com história familiar de pré-eclâmpsia[1]. A pré-eclâmpsia é a principal causa de morte materna, sendo responsável pelo grande número de óbitos perinatais e aumento do número de neonatos com sequelas[1]. Caracteriza-se como pré-eclâmpsia a pressão arterial diastólica ≥ a 110 mmHg. Este aumento de pressão pode estar acompanhado de proteinúria ≥ a 2,0g em 24 horas, oligúria, níveis séricos de creatinina maiores que 1,2mg/dl, sinais de encefalopatia hipertensiva, dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, alterações na coagulação e função hepática e plaquetopenia[2]. A gestante com sinais de pré-eclâmpsia pode ter comprometimento em seus órgãos e sistemas, como por exemplo, o sistema vascular, o fígado, rim e cérebro. É indicado interromper a gravidez, dependendo da idade gestacional em que a mulher se encontra, do bem-estar fetal e presença ou não de complicações, visto que o tratamento determinante para a pré-eclâmpsia é o parto[3]. Além disso, em relação ao feto, a pré-eclâmpsia pode causar neuropatia, retardo do crescimento intrauterino e sofrimento fetal[4]. Dentre as principais complicações maternas e perinatais da pré-eclâmpsia grave, estão: HAS, acidente vascular cerebral (AVC), eclâmpsia, deslocamento prematuro da placenta (DPP), coagulação intravascular disseminada, insuficiência cardíaca, edema pulmonar, síndrome aspirativa, insuficiência renal aguda e trombose venosa, parto prematuro, pneumotórax, anóxia cerebral, infecção neonatal e morte perinatal[5]. Condições maternas tais como HAS, pré-eclâmpsia, eclampsia, infecções, hemorragia, anemia e idade gestacional inferior a 37 semanas, são consideradas fatores que contribuem para a prematuridade, baixo peso ao nascer e também para o óbito neonatal e infantil[6]. A verificação da pressão arterial durante todas as consultas de pré-natal e a implementação de medidas de tratamento adequadas possibilitariam uma diminuição da morbimortalidade materna e feta[11]. Nesse sentido, a assistência que deve ser prestada a essas gestantes necessita ser qualificada, uma vez que a avaliação dos sinais e sintomas é fundamental para o diagnóstico da doença. Justifica-se este trabalho, pois se entende que o profissional de saúde, em específico o enfermeiro, capacitado para realizar o pré-natal de baixo risco, deve ter conhecimento sobre os sinais e sintomas da doença, fornecer apoio emocional, informações, esclarecimentos referentes aos riscos gestacionais e cuidados com a pré-eclâmpsia desde o pré-natal até o encaminhamento da gestante para o hospital. É

importante atuar conjuntamente com os demais profissionais de saúde, além de realizar a avaliação dos exames laboratoriais e orientar a gestante para continuação do cuidado em ambiente domiciliar, incluindo a família no processo de cuidado, o que fortalece as práticas de saúde.

**OBJETIVO**

Identificar, por meio de uma revisão de literatura, a importância do papel do enfermeiro no cuidado à gestante com pré-eclâmpsia.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão narrativa, que apresenta uma associação de estudos produzidos por diversos autores relacionados ao tema. A presente pesquisa foi realizada por meio de um levantamento bibliográfico nas bases de dados *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Base de dados de enfermagem* (BDENF) nos meses de junho e julho de 2013, utilizando a estratégia de busca "Pré–Eclâmpsia" *and* "Enfermagem" como palavras. Foram encontradas um total de 25 publicações, selecionando-se seis baseadas nos seguintes critérios de inclusão: ter resumo completo disponível livremente em suporte eletrônico, nos idiomas português, espanhol ou inglês. Os critérios de exclusão: monografias, teses, dissertações, livros, manuais ministeriais, resumos em eventos e capítulo de livro. Para organizar os dados, foi elaborado um instrumento com roteiro sistematizado contendo: autor, ano de publicação, resumo e resultados dos estudos. A análise desses dados ocorreu por meio de associação de temáticas semelhantes, sendo apresentada de modo descritiva.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os estudos analisados apresentaram em sua totalidade abordagem qualitativa. Percebeu-se que quanto ao ano de realização dos estudos, 50% foram elaborados em 2010; seguido de 16,6% em 2007, 2009 e 2011. A leitura das publicações selecionadas nessa revisão permitiu a identificação de três temáticas associadas ao objetivo desta revisão. A primeira delas é relacionada ao conhecimento do profissional de enfermagem sobre Pré-Eclâmpsia, incluindo a capacidade para identificar os sinais e sintomas. Segundo[7], a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação é considerada uma das complicações de alto risco de morbidade e mortalidade durante a gestação, podendo manifestar-se na forma de Pré-Eclâmpsia. O profissional de enfermagem deve ter conhecimento para identificar os sinais e sintomas da pré-eclâmpsia, interpretar exames laboratoriais e os valores adequados de pressão arterial. Profissionais de enfermagem que atuam na atenção ao pré-natal devem manter seu conhecimento atualizado a respeito dos fatores de risco para pré-eclampsia, a fim de compartilhar com as gestantes os cuidados necessários para evitar essa doença e reduzir a morbimortalidade materna8. A segunda temática relaciona-se a assistência de enfermagem ofertada às gestantes com Pré-Eclâmpsia que necessitam de hospitalização. A

hospitalização da gestante com pré-eclâmpsia desencadeia uma série de fatores emocionais, devido ao afastamento da mulher de seu convívio familiar e social e, a adaptação às rotinas hospitalares. Essa pode ocasionar sentimentos de ruptura da rotina diária e perda da autonomia da paciente. Além disso, o desconforto provocado favorece o processo de despersonalização[9]. No tratamento da pré-eclâmpsia o princípio fundamental consiste na redução da pressão sanguínea materna e aumento do fluxo sanguíneo placentário. Diante disso, torna-se indispensável, como medidas de assistência, o trabalho do enfermeiro junto ao médico, a prioridade no atendimento, a solicitação de exames com urgência e o controle da pressão arterial[10]. Para a gestante que irá necessitar de hospitalização, a assistência de enfermagem deve levar em consideração fatores de risco para infecção relacionado a procedimentos invasivos, como, por exemplo, cuidados com cateteres e sondas. Segundo[11], a utilização de precauções de barreira no cuidado a todos os pacientes, pela equipe de saúde, diminui o risco para infecção. O profissional de enfermagem deve proporcionar conforto a gestante, alívio da dor, utilizando de analgésicos ou reduzindo a causa da dor, além de alívio da ansiedade para evitar privação do sono[12]. É importante que o a equipe de enfermagem promova e estimule a aproximação da gestante hospitalizada com os parceiros e familiares. O acompanhamento da família permite que a gestante fique mais tranquila durante a internação. Ressalta-se a importância de o enfermeiro incentivar a participação dos familiares, uma vez que esses também tem dúvidas, medos e inseguranças, frente à situação vivenciada. Diante disso, o enfermeiro deve atuar como educador, oferecendo orientações as gestantes e sensibilizando-as da continuidade do tratamento em âmbito domiciliar. Os cuidados de enfermagem indispensáveis à gestante hospitalizada com pré-eclâmpsia leve incluem o controle da pressão arterial de quatro em quatro horas ou quando necessário, estimular o repouso em decúbito lateral esquerdo, administrar medicamentos conforme a prescrição médica, estimular a comunicação da gestante com o profissional, revelando seus anseios, duvidas e temores, controlar batimentos cardiofetais (BCF) de quatro em quatro horas e fazer o controle do peso diário[13]. Por fim, a terceira temática aborda sentimentos e percepções de gestantes com Pré-Eclâmpsia sobre o cuidado de enfermagem. Segundo[14], a assistência de enfermagem a esse tipo de paciente revela uma limitação, pois os cuidados de enfermagem prestados a gestante incluem somente à verificação da pressão arterial e administração de medicamentos. A escassez de diálogo e falta de apoio emocional são fatores que desencadeiam a insatisfação das gestantes com a equipe de enfermagem. É imprescindível o estabelecimento de relações de confiança, comunicação enfermeiro-paciente, escuta, para que o tratamento terapêutico da enfermidade possa ser mais eficiente. A comunicação deve ser utilizada pelos profissionais de enfermagem como ferramenta responsável pela humanização do cuidado. Essa permite diminuir a ansiedade da paciente devido à hospitalização, além do esclarecimento de dúvidas quanto ao seu tratamento, exames e procedimentos clínicos[15]. O estabelecimento de vínculo, respeito e confiança possibilita que seja desenvolvida uma assistência qualificada, voltada para as necessidades da gestante[14].

**CONCLUSÃO**

O enfermeiro desempenha papel relevante no cuidado à gestante, visto que é ele quem realiza o pré-natal de baixo risco. Com relação as categorias descritas na pesquisa, destaca-se que o conhecimento do profissional de enfermagem sobre pré-eclâmpsia envolve identificar sinais e sintomas, fatores de risco, promoção de estratégias de educação em saúde e orientações. Na assistência prestada as gestantes que necessitam de hospitalização deve-se levar em consideração não somente a doença e sim o ser humano como um todo, que esta fragilizado emocionalmente frente a internação e consequente afastamento do lar. Nesse momento é indispensável o apoio dos parceiros e familiares, uma vez que esses possibilitam que a gestante realize o tratamento com tranquilidade. Através da assistência diferenciada do profissional é possível prevenir complicações que o desenvolvimento dessa doença ocasiona, reduzindo assim, a morbimortalidade materna e fetal. Os sentimentos e percepções da gestante com pré-eclâmpsia sobre o profissional de enfermagem revelam a necessidade da comunicação para a humanização do cuidado e estabelecimento das relações. Nesse sentido, destaca-se a importância de um cuidado que contemple além de saber científico o respeito, escuta qualificada, afeto e atenção a paciente. O cuidado desenvolvido à gestante com pré-eclâmpsia envolve peculiaridades, relacionadas ao relacionamento entre o profissional de saúde e a família dessa paciente. Os profissionais de saúde, ao atuarem em conjunto com a gestante e sua família, possibilitam que se estabeleça uma relação de confiança e dessa forma, ambos sentem-se amparados.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado.

**REFERÊNCIAS**

1 - BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília, 2006.

2 - BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: Manual técnico. Brasília, 2010.

3- NETO CN, SOUZA ASR., AMORIM MMR. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(9): 459-68.

4 - DIAS BR., PIOVESANA AMSG. Desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes filhos de mães que apresentaram hipertensão arterial na gestação. Arq Neuropsiquiatr. 2005; 63(3): 632-6.

5 - NEME, B. Obstetrícia básica. São Paulo: Sarvier. 2005

6 – FIGUEIREDO PP, FILHO WDL, LUNARDI VL, PIMPÃO FD. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica a luz de Canguilhem e Foucault. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012 jan/fev.; 20(1):10.

7 - FREITAS F, MARTINS-COSTA SH, RAMO JGL, MAGALHÃES JA. Rotinas em obstetrícia. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006.

8 - MOURA ERF, OLIVEIRA CGS, DAMASCENO AKC, PEREIRA MMQ. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. Cogitare Enferm. 2010 abr/jun.; 15(2): 250-5.

9 - FIGHERA J, VIERO EV. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. Rev. SBPH. 2005; 8(2):51-63.

10 - SOUZA NL, ARAUJO ACPF, COSTA ICC. Significados atribuídos por puérperas as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. Rev. Esc. Enferm USP. 2011; 45(6):1285-92.

11 - SMELTZER SC, BARE BG. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. Brunner & Suddarth, 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

12 -DOCHTERMAN JM, BULECHEKM GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

13- TEZZA VM. Enfermagem obstétrica neonatal. Florianópolis (SC): Bernúncia; 2002.

14 - CUNHA KJB, OLIVEIRA JO, NERY IS. Assistência de enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia. Esc Anna Nery Enferm. 2007; 11(2): 254-60.

15- MORAIS JSN, COSTA SFG, FONTES WD, CARNEIRO AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. Acta Paul Enferm. 2009 dez.; 22(3):323-327.

# FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL: POSSIBILIDADE PARA A PESQUISA EM ENFERMAGEM COM ADOLESCENTES-QUE-VIVENCIARAM-A-REVELAÇÃO-DO-DIAGNÓSTICO-DE-HIV/AIDS

# PHENOMENOLOGY EXISTENCIAL: CHANCE FOR NURSING RESEARCH WITH TEENAGERS-WHO-EXPERIENCED-REVELATION-OF-DIAGNOSIS-OF-HIV/AIDS EXPERIENCED

# FENOMENOLOGÍA EXISTENCIAL: OPORTUNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA CON ADOLESCENTES-QUE-EXPERIMENTARON-REVELACIÓN-DE-DIAGNÓSTICO-DEL-VIH/SIDA

BRUM, Crhis Netto de[1]
PAULA, Cristiane Cardoso de[2]
PADOIN, Stela Maris de Mello[3]
ZUGE, Samuel Spiegelberg[4]
PERIPOLLI, Andressa Rodrigues[5]
PIESZAK, Greice Machado[6]

1 Relatora. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/RS). Bolsista CAPES. Email: crhisdebrum@gmail.com.
2 Enfermeira pediatra. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professor adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM/RS. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS). Orientadora da dissertação de mestrado.
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professor adjunto do Departamento de Enfermagem e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM/RS. Líder do PEFAS. Co-orientadora da dissertação de mestrado.
4 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor substituto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS).
5 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (Fortaleza).
6 Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).

**RESUMO:** A fenomenologia revelou-se como um caminho possível para compreender o significado da revelação do diagnóstico do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) do adolescente. Objetivou-se relatar o emprego da fenomenologia existencial como possibilidade na pesquisa em enfermagem com o adolescente-que-vivenciou-a-revelação-do-diagnóstico-de-HIV/aids. Metodologia: Trabalho procedente de uma Dissertação de Mestrado desenvolvida a partir da fenomenologia existencial de Martin Heidegger, com 12 adolescentes que têm HIV/aids. Resultados: A partir da análise heideggeriana constituíram-se os três polos do

questionamento e a historiografia. O ser ao apontar significados de seu existir, por meio da compreensão dos significados foi possível interpretar os sentidos existenciais que compõem a dimensão dos fenômenos. Conclusões: A fenomenologia existencial se mostrou como uma possibilidade para a realização de pesquisas em enfermagem que aborde a vivência da revelação do diagnóstico de HIV/aids do adolescente a partir do desvelamento dos diferentes sentidos de ser.

**DESCRITORES:** Pesquisa em enfermagem; Saúde do adolescente; Síndrome de imunodeficiência adquirida; Revelação da verdade.

**ABSTRACT:** The phenomenology revealed itself as a possible way to understand the meaning of the revelation of the diagnosis of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) adolescents. The objective was to report the use of existential phenomenology as a possibility in nursing research with adolescents-who-experienced-the-revelation-of-the-diagnosis-of-HIV/aids. Methodology: Working founded a Master's Dissertation developed from the existential phenomenology of Martin Heidegger, with 12 adolescents who have HIV/aids. Results: From Heidegger's analysis constituted the three poles of questioning and historiography. The point is the meaning of his existence, by understanding the meanings it was possible to interpret the meanings that make up the existential dimension of phenomena. Conclusions: Existential phenomenology proved as a possibility for conducting nursing research that addresses the experience of disclosure of the diagnosis of HIV/aids adolescents from the unveiling of the different senses of being.

**DESCRIPTORS:** Nursing Research; Adolescent Health; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Thuth Disclosure.

**RESUMEN**
Fenomenología se reveló como una posible manera de entender el significado de la revelación del diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) adolescentes. El objetivo fue describir el uso de la fenomenología existencial como posibilidad en la investigación en enfermería con adolescentes que experimentaron la revelación del diagnóstico de VIH / SIDA. Metodología: Trabajo fundada Disertación de Maestría desarrollada a partir de la fenomenología existencial de Martin Heidegger, con 12 adolescentes con VIH / SIDA. Resultados: En el análisis de Heidegger constituían los tres polos del cuestionamiento y la historiografía. El punto es el sentido de su existencia, mediante la comprensión de los significados que era posible interpretar los significados que componen la dimensión existencial de los fenómenos. Conclusiones: La fenomenología existencial demostrado como una posibilidad para la realización de la investigación en enfermería que se refiere a

la experiencia de la revelación del diagnóstico de los adolescentes sobre el VIH / SIDA de la presentación de los diferentes sentidos del ser.

**DESCRIPTORES:** Investigación en Enfermería; Salud Del Adolescente; Síndroem de Immunodefiencia Adquirida; Relelación de La Verdad.

## INTRODUÇÃO

Destaca-se que, no campo da enfermagem ainda são recentes as pesquisas e o cuidado com a saúde que focalizam os adolescentes que têm vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). O foco das investigações está, majoritariamente, direcionado para as questões relativas à vulnerabilidade para infectar-se pelo HIV, expresso na tendência de prevenção das ações de cuidado desenvolvidas a esse grupo populacional[1]. Portanto, é necessária a busca de referenciais teórico-metodológicos que aprofundem a discussão para além destas que se encontram postas pelas ações de cuidado e de investigação. Considera-se importante refletir sobre diferentes particularidades do adolescer, para aproximar o cuidado à saúde ao cotidiano vivido pelos adolescentes[2].

De tal modo, a fenomenologia, revelou-se com um caminho possível para compreender o significado da revelação do diagnóstico de HIV/aids do adolescente. Dessa forma, entende-se que é necessário e oportuno compreender os sentimentos, as emoções e os significados que o ser humano confere às situações experienciadas e as suas vivências[3].

A fenomenologia busca um retorno às coisas nelas mesmas. Permite desvelar o fenômeno tal como se mostra a partir do ser no mundo a partir do sentido que os sujeitos atribuem às coisas e a vida, os quais se tornam reais pela sua compreensão do vivido expresso em seu discurso[4]. Em face ao exposto, tem-se no referencial heideggeriano uma possibilidade de integrar os princípios humanísticos da enfermagem em suas pesquisas, ao permitir que os pesquisadores vislumbrem as situações subjetivas dos seres humanos e do cuidado.

## OBJETIVO

Objetivou-se relatar o emprego da fenomenologia existencial como possibilidade na pesquisa em enfermagem com o adolescente-que-vivenciou-a-revelação-do-diagnóstico-de-HIV/aids.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. É procedente de uma Dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), desenvolvida a partir da fenomenologia existencial sustentada no referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger analisado a luz de sua obra Ser e Tempo[5]. Heidegger estabelece a fenomenologia como método de investigação, ao possibilitar desvelar, a partir do objeto de estudo, a sua essência. O pensamento desse filósofo se apresenta pautado na busca do sentido do ser, em

que Tempo é pensado com relação ao desvelamento e o Ser é compreendido como presença[8].

O cenário para a produção dos dados foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no Serviço de Infectologia, Ambulatório Pediátrico, no município de Santa Maria/RS, no Brasil. Os sujeitos da pesquisa foram 12 adolescentes que têm HIV/aids, na faixa etária de 13 a 19 anos de idade conforme critério etário estabelecido pelo Departamento de Doença Sexualmente Transmissível, Aids e Hepatites Virais[6], em acompanhamento ambulatorial no referido serviço de saúde e que já tivessem vivenciado a revelação do seu diagnóstico. Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução n° 196/1996[7]. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, no dia 08 de novembro de 2011, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 0321.0.243.000-11.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O método fenomenológico heideggeriano tem o desígnio de tornar aparente aquilo que habitualmente é imperceptível, desde que se chame a atenção para aquilo que se pretende mostra-se. É o meio em que alguma coisa pode vir a se revelar e a se tornar visível em si mesma[5:67].

O caminho de Heidegger para a fenomenologia ocorreu por meio da aproximação com a obra de Husserl, que teve influência na maioria de seus trabalhos. Entre os seus estudos, a obra mais conhecida é o livro Ser e Tempo. O pensamento desse filósofo se apresenta ancorado na busca da essência do *sentido* do *ser*, em que *Tempo* é pensado com relação ao desvelamento e o *Ser* é compreendido como *pre-sença* [5]. Apresenta o ser humano o ente questionado, que dialoga com o mundo, uma vez que a presença (pré=compreensão; sença=ser) está/é no mundo. Assim, todo o questionar é um buscar cientemente o ente naquilo que ele é como ele é[5:40].

Dessa forma, a análise heideggeriana, constitui-se em questionar o ser interrogando o ente e buscando o sentido do ser. No intuito de fazer emergir o sentido do ser-adolescente-que-vivenciou-a-revelação-do-diagnóstico-de-HIV/aids, neste estudo, o questionamento foi desdobrado da seguinte maneira: o que questionamos-questionado, que se mostra como ente e está por ora obscuro (ser) que é o ser-adolescente que tem HIV/aids; o que perguntamos a seu respeito-perguntado, ou seja, qual é a sua intenção ou direção (sentido) o qual se mostra no sentido do ser-adolescente na vivência da revelação do diagnóstico; o que interrogamos para obter o perguntado a respeito do questionado-interrogado, que é o ente em sua cotidianidade que mantém o ser velado em seu sentido (ente) se apresentando como adolescente que tem HIV/aids e tem conhecimento do seu diagnóstico. A partir das entrevistas e leitura e análise dos dados foi possível desenvolver a historiografia do adolescente que como toda a ciência no modo de ser da presença está alicerçada à "concepção de mundo dominante"[5:485]. A historiografia pressupõe o ente histórico, a presença tem seu alicerce no seu passado histórico. A origem existencial da historiografia

se dá pela historicidade da presença e seu enraizamento na temporalidade, a qual é constituída pela dimensão ôntica que distingue o quem do ser[5], neste estudo, do ser-adolescente-que-vivenciou-a-revelação-do-diagnóstico-de-HIV/aids. Dessa maneira, a historiografia transcorreu a partir da entrevista fenomenológica e de informações dos prontuários dos adolescentes. Abordou os seguintes elementos: por meio de elementos: quanto a composição familiar (maternidade, paternidade, irmãos e a situação de orfandade); quanto as formas de transmissão do vírus (vertical e horizontal); acerca do emprego da terapia antirretrovital e se vive ou viveu em casa de apoio, como soube, quem contou e quando foi a revelação.

O método fenomenológico heideggeriano apresenta dois momentos metódicos para a compreensão do ser, quais sejam: 1) compreensão vaga e mediana, a qual busca compreender distinguir os significados expressos nos depoimentos e analisar aqueles denominados de estruturas essenciais e 2) hermenêutica, referente a análise interpretativa, que visa os sentidos a serem desvelados por meio dos significados[5]. Assim, foi a partir dos significados que os adolescentes atribuíram a vivência da revelação do diagnóstico que foram desvelados os sentidos.

A compreensão vaga e mediana remete a dimensão ôntica do fenômeno o qual nesse momento é compreendida pelos fatos, por aquilo que está posto, algo dado, que pode ser explicado. Tal momento é desempenhando a partir da análise dos significados expressos pelos sujeitos ao descrever o fenômeno como ele se mostra[5].

Para desenvolver esse primeiro momento metódico, contou com a prerrogativa de suspender os pressupostos do pesquisador ao realizar, por meio das transcrições, a escuta e leitura atentiva dos depoimentos. Buscou-se compreender o significado da revelação do diagnóstico de HIV/aids do adolescente, sem impor-lhe categorias predeterminadas pelo conhecimento teórico/prático. Uma vez que a análise compreensiva pode estar carregada de teorias, opiniões, (pré)conceitos, julgamentos, apreciações, entre tantas outras maneiras de exprimir uma compreensão dominante para com o ser. Diante disso, foi possível grifar as estruturas essenciais, as quais tiveram destaque cromático. Estruturas essas, que anunciam os significados do fenômeno[5]. Tal momento analítico permitiu agrupar os recortes (ilustrações) dos depoimentos para compor as unidades de significação.

O quadro de análise foi composto pelas ilustrações significantes cromáticas dos discursos dos adolescentes. Posteriormente, as ilustrações compuseram a elaboração dos significados, culminando com a edificação do *caput* da unidade, o qual remete ao enunciado que distingue cada unidade de significado (US). Para isso, foram consideradas as palavras, gírias e as expressões dos adolescentes. Assim, as US compõem o conceito de ser, neste estudo do ser-adolescente-que-vivenciou-a-revelação-do-diagnóstico-de-HIV/aids, quais sejam: Saber disso antes de alguém contar, mesmo sem entender, até a família e/ou profissionais da saúde explicarem. Sabe como foi a transmissão do vírus e que precisa de tratamento; no início ficar assustado e com medo, depois que entende se acostuma e aceita; não contar para ninguém e ter medo da reação se alguém souber; ter limites e regras por ter

algo que os outros não têm; Aceitar tomar o remédio e, com o tempo, se acostuma e aprender a se cuidar; ser uma pessoa normal, o diferente é o vírus, ter que tomar os remédios e ir no hospital.

É por meio da elaboração do conceito de ser que se pode conquistar um fio condutor, uma vez que os sentidos, ao manterem-se encobertos e obscuros, necessitam de um esclarecimento com o fito de iluminar o sentido de ser[5]. "A partir da claridade do conceito e dos modos de compreensão explícita nela inerentes, deve-se decidir o que significa essa compreensão do ser obscura, e ainda não esclarecida"[5:41]. Para isso, percorreu-se o caminho na direção de desvelar os significados abarcados na dimensão factual, sem abordar uma provável elucidação, mas que possibilitasse a projeção do sentido situado na dimensão fenomênica. Esse movimento corresponde à análise interpretativa heideggeriana.

No segundo momento metódico, análise interpretativa, apresenta-se a possibilidade de desvelar os sentidos do ser, a partir do conceito de ser que é o fio condutor da hermenêutica. É considerada a dimensão ontológica, e tem intuito de alcançar a essência do fenômeno, desvelando facetas da dimensão existencial do seu modo de ser. Para Heidegger, a missão da ontologia é a descoberta da consciência do ser da existência [5]. Faz-se necessário descobrir o que está velado e desfazer o que é factual para projetar-se na direção da iluminação do sentido do ser[5].

Para Heidegger o sentido permite que um ente se mostre como um fenômeno no qual torna o ente descoberto, para que algo apareça como algo. É possível para os seres humanos comportar-se para com os entes descobertos como entes determinados. Essas determinações são os diferentes sentidos de ser.

Assim, a análise hermenêutica heideggeriana[5] permitiu realizar a interpretação dos sentidos os quais mostraram que o ser-adolescente-que-vivenciou-a-revelação-do-diagnóstico-de-HIV/aids se mantém como todos são e querem que ele seja. Decaído no seu cotidiano, aprisionado na falação das informações recebidas e repassadas sobre sua condição sorológica, curioso por saber sobre sua situação de saúde e na ambiguidade de se perceber normal e se sentir diferente. Uma vez que, diante da facticidade de ter HIV/aids se desvelou ocupado com ter que manter o tratamento. Na solicitude dominadora dos familiares, tomava o remédio porque o davam. No entanto, a solicitude libertadora se estabelece quando os familiares e/ou profissionais de saúde explicaram que o tratamento é para a sua saúde, assim se preocupa em cuidar-se.

## CONCLUSÃO

Assim, a fenomenologia existencial sustentada pelo referencial de Martin Heidegger se mostrou como uma possibilidade para a realização de pesquisas em enfermagem que aborde a vivência da revelação do diagnóstico de HIV/aids do adolescente.

Entende-se a relevância da contribuição desse referencial para os estudos que abordem a temática da revelação do diagnóstico, visto esta constitui uma possibilidade existencial para

quem a vivencia, seja o adolescente, sua família, os profissionais, cuidadores ou responsáveis legais.

Aponta, portanto, para a dimensão da singularidade de ser-no-mundo e a subjetividade do vivido no cotidiano dos adolescentes, especificamente, neste estudo, daqueles que têm HIV/aids.

É a partir do desvelamento dos diferentes sentidos de ser que se encontram as possibilidades para a realização de um cuidado de enfermagem singular o qual venha a refletir na revelação do diagnóstico condizente com as necessidades de cada adolescente.

ÁREA TEMÁTICA: Processos de Cuidado.

**AGRADECIMENTO**

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), pelos financiamentos de recursos nos programas de mestrado.

**REFERÊNCIAS**

1. Ribeiro AC, Padoin SMM, PAULA CC, Santos EEP. Adolescentes que podem se infectar pelo HIV e adolescentes que têm aids: revisão narrativa. Rev enferm UFPE on line, [Internet] 2010 [citado 2012 jul 13];4(spe):237-43. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1028.

2. Borges ALV, Fugimori E. Enfermagem e a Saúde do Adolescente na Atenção Básica. São Paulo: Manole; 2009.

3. Padoin SMM, Souza IEO. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. Texto Contexto Enferm, [Internet] 2008 [citado 2011 set 04];179(3):510-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a12v17n3.pdf.

4. Moreira ICCC, Monteiro CS. Vivência da entrevista fenomenológica com prostitutas: relato de experiência. Rev. bras. enferm. [Internet] 2009 [acesso 2012 ago 11];62(5):789-92. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/25.pdf.

5. Heidegger M. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes; 2009.

6. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV. 2009. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_pediatrico.pdf. Acessado em: 03 maio 2012.

7. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. (Res. CNS n° 96/196 e outras). 2ª ed. ampl. Brasília, Ministério da Saúde, 2003, 106 p. (Série E. Legislação da Saúde - MS) (Série Cadernos Técnicos – CNS).

# PERSPECTIVAS PARA INCORPORAR EVIDÊNCIAS NO COTIDIANO DO ENFERMEIRO: REVISÃO INTEGRATIVA E SISTEMÁTICA

# PROSPECTS FOR INCORPORATING EVIDENCE IN DAILY LIFE OF NURSES: INTEGRATIVE AND SYSTEMATIC

# PERSPECTIVAS PARA LA INCORPORACIÓN DE PRUEBAS EN VIDA DIARIA DE ENFERMERAS: REVISIÓN INTEGRADORA Y SISTEMÁTICA

BRUM, Crhis Netto de[1]
ZUGE, Samuel Spiegelberg[2]
PERIPOLLI, Andressa Rodrigues[3]
PIESZAK, Greice Machado[4]

1 Relatora. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/RS). Bolsista CAPES. Email: crhisdebrum@gmail.com.
2 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor substituto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS).
3 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (Fortaleza).
4 Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).

**RESUMO:** A Prática Baseada em Evidência (PBE) surge na Enfermagem como uma possibilidade de tomada de decisão, a partir de dados pautados em de pesquisas científicas. Este artigo tem como objetivo apresentar perspectivas para incorporar evidências no cotidiano do enfermeiro: Revisão Integrativa da Literatura (RIL) e a Revisão Sistemática da Literatura (RSL). Foi realizada uma reflexão teórica a partir da realização de cursos Teórico/Práticos. A RIL é considerada um método de pesquisa que reúne e sintetizam resultados de pesquisa sobre delimitado tema ou questão pelo qual proporciona um suporte para decisão clínica, já RSL auxilia na identificação de efeitos benéficos e nocivos de diferentes intervenções da prática clínica. Torna-se fundamental contextualizar os diferentes tipos de revisão que podem ser desenvolvidos a fim de permitir o desenvolvimento de pesquisas bibliográficas que possam ser utilizadas para fomentar a construção do conhecimento em enfermagem e subsidiar o cuidado realizado pelos enfermeiros.

**DESCRITORES:** Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Baseada em Evidências; Saúde; Revisão.

**ABSTRACT:** Evidence Based Practice (EBP) in nursing arises as a possibility for decision making from data guided by scientific research. This article aims to present perspectives to incorporate evidence in everyday nursing: An Integrative Review of the Literature (RIL) and Systematic Review of the Literature (RSL). We performed a theoretical reflection from conducting courses Theoretical / Practical. The RIL is considered a method of research that gathers and summarizes research findings on defined topic or issue for which provides support for clinical decision making, as RSL helps identify beneficial and harmful effects of different interventions in clinical practice. It is fundamental to contextualize the different types of reviews that can be developed to enable the development of library research that can be used to foster the construction of knowledge in nursing and subsidize the care provided by nurses.

**DESCRIPTORS**: Nursing Care; Evidence Based Nursing; Health; Review.

**RESUMEN:** Práctica Basada en Evidencias (PBE) en enfermería se presenta como una posibilidad para la toma de decisiones a partir de datos guiadas por la investigación científica. Este artículo tiene como objetivo presentar las perspectivas de incorporar la evidencia en enfermería todos los días: una revisión integradora de la literatura (RIL) y revisión sistemática de la literatura (RSL). Se realizó una reflexión teórica a partir de la realización de cursos teórico / prácticos. El RIL se considera un método de investigación que recoge y resume los resultados de la investigación sobre el tema definido o asunto para el que proporciona soporte para la toma de decisiones clínicas, como RSL ayuda a identificar los efectos beneficiosos y perjudiciales de diferentes intervenciones en la práctica clínica. Es fundamental para contextualizar los diferentes tipos de exámenes que se pueden desarrollar para permitir el desarrollo de la investigación en la biblioteca que se puede utilizar para promover la construcción del conocimiento en enfermería y subsidiar la atención proporcionada por enfermeras.

**DESCRIPTORES:** Atención de Enfermería; Enfermería Basada em La Evidencia; Salud; Revisión.

## INTRODUÇÃO

A Prática Baseada em Evidência (PBE) aponta como possibilidade de cuidado na Enfermagem a partir da década de 1950. Período que ocorreu a incorporação de saberes de diversas ciências para a construção de um corpo próprio de conhecimentos [1]. Além disso, a PBE consolida-se, em virtude dos avanços tecnológicos os quais significam novos investimentos ao processo de cuidar e à prática profissional do enfermeiro, demanda inovações nas condutas, na maneira de refletir e realizar seus processos de trabalho [1,2].

A PBE na Enfermagem permite a tomada de decisão, no cotidiano de cuidado do enfermeiro, a partir de dados pautados por meio de pesquisas científicas. Esses dados têm

origem em várias fontes de informações, tais como: bases de dados disponíveis online, periódicos científicos, entre ouras.

Está no movimento da medicina baseada em evidências na qual acentua a utilização de resultados de pesquisas. E na ausência de tais recursos, são fomentados por dados obtidos de forma sistemática oriundos de programas de avaliação e melhoria de qualidade e/ou consenso de especialistas reconhecidos de confirmada experiência para comprovar a prática[3].

Para a enfermagem compreende a específica e minuciosa tomada de decisão sobre a assistência à saúde para indivíduos ou grupo de pacientes baseada no contexto das evidências mais relevantes oriundas de pesquisas e informações de base de dados, respondendo as preferências do cliente e expectativas da sociedade[3].

Dessa forma, a PBE, tem um papel fundamental, uma vez que visa estabelecer critérios que sistematizam e organizam tais dados para sua implementação teórico/prático. No movimento da PBE há necessidade de produção de métodos pesquisa bibliográfica, os quais permitem a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema de investigação, dentre estes se destacam a Revisão Integrativa da Literatura (RIL), a Revisão Sistemática da Literatura (RSL)[4].

Tem-se que a pesquisa bibliográfica torna-se necessária para que seja possível uma atualização profissional e pessoal, e ainda, comporta dados que sustentam trabalhos científicos. Nesse sentido, indica uma certificação pelos pares visto que fornece evidências para a aplicação clínica no cotidiano laboral dos enfermeiros.

As pesquisas bibliográficas, como fontes de evidências, necessitam ser realizadas de maneira sistematizadas a partir de um rigor metodológico para que possam ser amplamente discutidas e implementadas no ensino, na extensão, na pesquisa, e no cotidiano de cuidado do enfermeiro.

## OBJETIVO

Apresentar perspectivas para incorporar evidências no cotidiano do enfermeiro: Revisão Integrativa da Literatura e a Revisão Sistemática da Literatura.

## METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de reflexão teórica a partir da realização de cursos Teórico/Práticos desenvolvidos pelos autores a respeito da Prática Baseada em Evidência no cuidado em Enfermagem. O presente estudo sustentou-se na literatura científica disponível sobre Revisão Integrativa da Literatura e Revisão Sistemática da Literatura, conforme será apresentado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

## REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Desde 1980 é um método de pesquisa que reúne e sintetiza resultados de pesquisa sobre delimitado tema ou questão pelo qual proporciona um suporte para decisão Clínica[4].

A revisão integrativa é a mais ampla modalidade de pesquisa de revisão, permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, questões teóricas ou empíricas. A partir disso, possibilita uma maior compreensão acerca de um fenômeno ou problema de saúde [5].

A síntese do conhecimento dos estudos, incluídos na Revisão reduz incertezas sobre recomendações práticas. Permite generalizações precisas sobre o fenômeno a partir de informações disponíveis e facilita a tomada de decisões com relação às intervenções que poderiam resultar no cuidado mais efetivo e de melhor custo-benefício[6].

Para desenvolver uma revisão integrativa, tem-se a possibilidade de contar com passos a serem seguidos a partir de diferentes abordagens para a sua execução [6, 7, 8, 9, 10, 11], torna-se fundamental escolher em qual será pautada a revisão para que evite vieses na sua construção. No presente trabalho, a descrição da revisão integrativa será pautada a partir de seis passos[4], descritos a seguir:

Primeira Etapa: Ocorre por meio da definição de um problema a partir da formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa.

A pergunta deve responder a uma questão clínica específica (precisa estar bem delimitada para que se obtenham evidências para um contexto clínico específico).

Nesta etapa desenvolve-se: a escolha e definição do tema; os objetivos; palavras-chave e/ou descritores, os quais emergem da própria pergunta ou hipótese. O tema de estudo necessita estar relacionado com a prática clínica.

Segunda etapa: Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura.

O pesquisador precisa refletir sobre este ponto, pois uma demanda muito alta de estudos pode inviabilizar a construção da revisão ou introduzir vieses nas etapas seguintes. A omissão do procedimento de amostragem pode ameaçar a validade da revisão.

Não é necessário predeterminar os níveis de evidência, no entanto é essencial prever as bases de dados que serão acessadas para o estudo. Devem-se incluir pelo menos duas bases de dados para seu desenvolvimento. Após ocorrerá a seleção dos estudos.

Terceira etapa: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos.

Esta etapa consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave.

Caracteriza-se pela extração organização e sumarização das informações e a formação de um banco de dados. Para esta etapa pode-se utilizar de um instrumento validado. É análoga à etapa de coleta de dados de uma pesquisa convencional.

As informações, geralmente, devem abranger a amostra do estudo (sujeitos), os objetivos, a metodologia empregada, resultados e as principais conclusões de cada estudo.

O nível de evidência dos estudos deve ser avaliado a fim de determinar a confiança no uso de seus resultados e fortalecer as conclusões que irão gerar o estado do conhecimento atual do tema investigado.

Para avaliar a evidência dos estudos o pesquisador precisa ter conhecimento das diferentes abordagens de pesquisa bem como de seus métodos. Para isso, faz-se necessário lançar-se de referenciais para analisar os delineamentos dos estudos selecionados. Para isso, tem-se a opção de utilizar referenciais da área da enfermagem [12].

A literatura científica comporta inúmeros sistemas de classificação de evidência. Todavia, no presente artigo será explorado três: a classificação de 1998 que possui seis níveis; a de 2005 que retrata sete níveis e o sistema de classificação que aborda cinco níveis.

Em 1998, estudiosos da enfermagem elaboraram uma classificação hierárquica das evidências para a avaliação de pesquisas ou outras fontes de informação. Tal classificação é baseada na categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América. A qualidade das evidências é classificada em seis níveis: nível 1, metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2, estudo individual com desenho experimental; nível 3, estudo com desenho quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; nível 4, estudo com desenho não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; nível 5, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6, opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas; opiniões reguladoras ou legais. Do nível 1 ao 5, existe uma variação dentro de cada nível que vai de A-D , a qual reflete a credibilidade científica da pesquisa; por exemplo, se a pesquisa é categorizada no nível 1-A significa que o estudo tem o delineamento adequado; entretanto, se a pesquisa é classificada no nível 1-D, significa que o delineamento possui falhas e a confiança nos resultados deve ser questionada [6].

Outra possibilidade é avaliar a evidência por meio de sete níveis: nível 1, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas [13].

Além disso, apresenta-se a classificação que aborda cinco níveis de acordo com a força: nível 1, evidência forte de, pelo menos, uma revisão sistemática de múltiplos estudos randomizados controlados bem delineados; nível 2, evidência forte de, pelo menos, um

estudo randomizado controlado de delineamento apropriado e tamanho adequado; nível 3, evidência de estudos bem delineados sem randomização, grupo único pré e pós, coorte, séries temporais ou caso – controle; nível 4, evidência de estudos bem delineados não experimentais realizados em mais de um centro ou grupo de pesquisas; nível 5, opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidências clínicas, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas[14].

A partir do conhecimento dos sistemas de classificação de evidências o enfermeiro terá recursos que o subsidiem na avaliação crítica da melhor evidência disponível para a tomada de decisão na prática clínica[12].

Quarta etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Pode ser realizada pela análise estatística, pelos critérios de inclusão e exclusão dos estudos bem como por meio da análise crítica dos estudos selecionados.

O pesquisador deve procurar avaliar os resultados de maneira imparcial, buscando explicações para as variações nos resultados encontrados. Na literatura, estudiosos apontaram questões que podem ser utilizadas na avaliação crítica dos estudos selecionados: qual é a questão da pesquisa; qual é a base para a questão da pesquisa; por que a questão é importante; como eram as questões de pesquisas já realizadas; a metodologia do estudo está adequada; os sujeitos selecionados para o estudo estão corretos; o que a questão da pesquisa responde; a resposta está correta e quais pesquisas futuras serão necessárias[15].

Quinta etapa: Interpretação dos resultados

Esta etapa corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. O pesquisador fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

Atentar para a interpretação dos resultados neste tipo de pesquisa. Análises qualitativas são comumente utilizadas em Revisões Narrativas as quais caracterizam as produções. Esse tipo de revisão requer uma análise das evidências a partir de uma avaliação rigorosa dos delineamentos de pesquisa.

Ainda, tal fase, contempla as discussões dos resultados, propostas de recomendações e sugestões para futuras pesquisas.

Sexta etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

A revisão integrativa deve incluir informações suficientes que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tópico abordado e o detalhamento dos estudos incluídos.

Deverá apresentar um resumo das evidências disponíveis com a criação de documentos que descreva detalhadamente a revisão.

Assim, a revisão integrativa possibilita ao leitor identificar e (re) conhecer os profissionais que mais pesquisam e trabalham com um tema específico. Subsidia a diferença das evidências a partir de resultados de pesquisas, de dados tácitos. Propõe o estado atual do conhecimento, fornecendo elementos para a prática clínica. É reconhecida como um

método de pesquisa apresenta aos profissionais de saúde informações importantes de um determinado assunto bem como promove a sua atualização. Além de favorecer a utilização de pesquisas nos contextos de atenção a saúde[4].

**REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA (RSL)**

A Revisão Sistemática da Literatura (RSL) é um importante recurso do movimento da PBE. A quantidade e a complexidade de informações na área da saúde concorre com o tempo limitado dos profissionais, que ao mesmo tempo, impõe a necessidade de utilizar, nos seus processos de cuidar em saúde, evidências resultantes de pesquisas [16].

Dessa forma, a revisão sistemática demonstra tal possibilidade para os profissionais da saúde já que é considerada como um suprimento valioso para a tomada de decisões. Apresenta relevância para a enfermagem, uma vez que, auxilia na identificação de efeitos benéficos e nocivos de diferentes intervenções da prática clínica. Identificação de lacunas do conhecimento e de áreas que necessitam de pesquisas que tragam implicações para a assistência prestada. Apresenta-se possível para minimizar alguns obstáculos para a utilização de resultados de pesquisas na prática assistencial [16].

É um tipo de investigação científica que tem por objetivo reunir, avaliar criticamente e conduzir uma síntese de resultados de múltiplos estudos primários. Objetiva responder a uma pergunta claramente formulada, utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar as pesquisas relevantes, coletar e analisar dados de estudos incluídos na revisão. Os métodos estatísticos podem ou não ser utilizados, caso seja utilizado é definido como metanálise[17].

A revisão sistemática é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas. Apresenta uma questão de pesquisa específica. Podendo ser realizada a partir de indagações sobre causa, diagnóstico, prognóstico de um problema de saúde. No entanto, frequentemente, envolve um questionamento sobre a eficácia de uma intervenção para a resolução desta.

A revisão sistemática difere da revisão tradicional, uma vez que busca superar possíveis vieses em todas as suas etapas. Segue um método rigoroso de busca e seleção de pesquisas, realiza uma avaliação da relevância e validade dos estudos encontrados, os dados são coletados respeitando uma sistematização. Sintetiza e interpreta os dados oriundos das pesquisas [18]. Também inclui, estudos que não estejam indexados e em andamento.

A seguir serão apresentados os passos da presente revisão, a literatura aponta outras etapas para a sua construção, este estudo abordará as sete fases propostas por autores da enfermagem [16]:

Primeiro Fase: Construção do protocolo

Compreende-se que o protocolo deve abordar os seguintes itens: a pergunta, os critérios de inclusão, as estratégias para buscar as pesquisas, como as pesquisas serão avaliadas criticamente, a coleta e síntese dos dados. O planejamento da revisão é cuidadosamente elaborado e recomenda-se a avaliação do protocolo por um profissional competente, anteriormente ao início da revisão.

O protocolo precisa contemplar os recursos humanos e materiais necessários diante dos métodos selecionados para a construção da revisão.

Segunda fase: Formulação da Pergunta

A definição da pergunta é considerada o processo de maior relevância para a construção da revisão sistemática. Essa fase inclui a definição dos participantes, intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem mensurados.

Perguntas mal formuladas incorrem em decisões errôneas sobre o que deve ou não incluir na revisão. Ressalta-se que é necessário ter clareza quanto a pergunta da pesquisa sob a ótica de obter estudos para o seu desenvolvimento. Mesmo que tenha a possibilidade de sintetizar os resultados de dois estudos, o valor da revisão sistemática fica restrito.

Terceira fase: Busca dos estudos

Não existe uma única fonte de busca de estudos, para isso, torna-se necessário pesquisasr nas bases de dados eletrônicas (como MEDLINE, Embase, Lilacs, Cochane, Cinahl, *SciSerach,* entre outras). Exigirá do pesquisador habilidade em trabalhar com as variadas opções de bases disponíveis. Ao selecionar as bases eletrônicas de dados, há a necessidade de se considerar quais são os periódicos listados nestas, quais publicações são indexadas, a viabilidade do acesso e a implicação de custos. Cada uma das fontes utilizadas para a busca deverá ser identificada quanto a sua maneira de acesso e pesquisa. A pesquisa manual a determinados estudos precisa ser realizada em virtude de acessar a publicação não indexada.

Na literatura, não existe um método padrão para a identificação do material não publicado. Essa busca pode incluir dissertações, teses e resultados de conferências e/ou reuniões científicas. Esse tipo de busca é uma forma de diminuir o viés da revisão sistemática. Caso o pesquisador inclua na revisão apenas material publicado em periódicos, o viés pode ser potencializado acarretando efeitos nos resultados da revisão sistemática. A busca de estudos realizada de forma ampla, sistematizada, com o mínimo de viés, consiste em um dos aspectos para diferenciar a revisão tradicional da revisão sistemática.

Quarta fase: Seleção dos estudos

Os estudos são selecionados em conformidade com os critérios que foram previamente abordados no protocolo, isso, assegura evitar viés na seleção. Os critérios de inclusão devem ter correspondência com a pergunta de pesquisa elaborada, a fim de considerar os participantes, a intervenção do estudo e os resultados de interesse. Além de explicitar o delineamento dos estudos bem como seus métodos empregados que serão incluídos na revisão. Os critérios de exclusão também devem estar descritos e precisam ser observados nesta fase.

Uma forma de assegurar a qualidade dessa fase do processo de condução da revisão sistemática é a checagem de todos os estudos selecionados por mais de um revisor.

Quinta fase: Avaliação crítica dos estudos

Consiste na avaliação crítica dos estudos. Tal avaliação é considerada uma fase dificuldades uma vez que o pesquisador necessita avaliar o delineamento de cada pesquisa,

sua condução e os resultados encontrados. Na literatura, existem critérios estabelecidos para avaliar a qualidade dos estudos randomizados controlados; entretanto, a literatura é pobre sobre a melhor forma de analisar pesquisas com os demais métodos abordados.

Sexta fase: Coleta dos dados

Nesta fase, tem-se a possibilidade de utilizar instrumentos para auxiliar a coletar os dados e varia em conformidade com a pergunta de pesquisa empregada em cada revisão sistemática. Os instrumentos tem a finalidade de assegurar que todos os dados relevantes sejam coletados, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem dos dados e servir como registro.

Para a coleta dos dados deverá ser incluído, além daqueles específicos da pergunta inicial, os participantes, intervenção e resultados mensurados, o local onde a pesquisa foi realizada, a maneira exata como a intervenção foi executada, dados bibliográficos e resultados atuais.

Para a checagem dos resultados da revisão, o pesquisadSétima fase: Síntese dos dados

A finalidade dessa fase da revisão sistemática é sintetizar os dados resultantes de cada estudo para fornecer uma estimativa da eficácia da intervenção investigada. Essa fase permite ao pesquisador investigar se o efeito é aproximadamente o mesmo nos diferentes estudos, local e participantes; caso o efeito não seja o mesmo, é necessário pesquisar as diferenças evidenciadas. A síntese dos dados pode ser realizada por meio de uma análise descritiva ou metanálise.

Quando os dados dos estudos selecionados são sintetizados, mas não estatisticamente combinados, a revisão pode ser denominada de revisão sistemática qualitativa.

As revisões sistemáticas precisam ser realizadas por, no mínimo, dois pesquisadores, onde realizarão os passos de forma independente. Além disso, precisam ser respeitados e realizados dois testes de relevância para comprovar a incorporação dos estudos selecionados ou não na revisão sistemática. Os testes podem ser: o primeiro deverá ser com base nos resumos e o segundo é com base no texto completo, tudo isso precisa estar em conformidade com o protocolo.

As revisões sistemáticas não são comumente empregadas em estudos da enfermagem em âmbito nacional. São estudos que demandam um tempo considerável do profissional, exige conhecimento e habilidades metodológicas, que podem vir a ser impeditivos para a sua realização. Para isso, algumas barreiras precisam ser superadas para o desenvolvimento da revisão sistemática: a falta de preparo frente à pesquisa, dificuldades para entender e interpretar resultados de pesquisa, dificuldades para transferir resultados de pesquisa para a assistência; barreiras organizacionais, por exemplo, a falta de tempo, a falta de suporte organizacional (fornecimento de recursos humanos, materiais e financeiros) e o acesso restrito à informação (periódicos e internet) [16].

## CONCLUSÃO

A partir dessa reflexão teórica, apresentam-se duas perspectivas de incorporar evidências no cotidiano do enfermeiro, por meio de estudos de revisão, como estratégia para um

cuidado singular e integral. Tais estudos tem o intuito de instrumentalizar o profissional enfermeiro, no desenvolvimento de seu cuidado por meio do conhecimento científico já disponibilizado a fim de permitir uma melhoria da qualidade do cuidado realizado.
Assim, torna-se fundamental contextualizar os diferentes tipos de revisão que podem ser desenvolvidos a fim de permitir o desenvolvimento de pesquisas bibliográficas que possam ser utilizadas para fomentar a construção do conhecimento em enfermagem e subsidiar o cuidado realizado pelos enfermeiros a fim de atender as necessidades do seu cotidiano de trabalho.

Á**REA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS:**

1. Pedrolo E, Danski MT, Mingorance P, Lazzari LSM, Méier MJ, Crozeta K. A Prática Baseada em Evidências como Ferramenta Para Prática Profissional Do Enfermeiro. Cogitare Enferm 2009 Out/Dez; 14(4):760-3.

2. Domenico EBL, Ide CAC. Enfermagem Baseada em Evidências: Princípios e Aplicabilidades. Rev Latino-am Enfermagem 2003; 11(1):115-8.

3. Galvão MC, Sawada NO, Mendes AC. A busca das melhores evidências. Rev. Esc Enferm USP. 2003;37(4):43-50.

4. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm. 2008;17(4):758-64.

5. Cooper HM. Integrating Research: a guide for literature reviews. London SAGE publication, 2 ed, v. 2. 155 p., 1989.

6. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitsgerald J, Giuliano K, et al Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. Appl Nurs Res 1998;11(4):195-206.

7. Cooper HM. The integrative research review: a systematic approach. Beverly Hills (CA): Sage Pulications; 1984.

8. Ganong 1987; Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health 1987 Mar; 10(1):1-11.

9. Broome (1993) Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p.231-50;

10. Beyea SC, Nicoll LH. Writing an integrative review. AORN J. 1998 Apr; 67(4):877-80.

11. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005 Dec; 52(5):546-53.

12. Galvão CM. Níveis de evidência. Acta Paulista 2006:19(2). Editorial.

13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.

14. Closs SJ, Cheater FM . Evidence for nursing practice: a clarification of the issues. J Adv Nurs 1999; 30(1): 10-7.

15. Beyea SC, Nicoll LH. Writing an integrative review. AORN J. 1998 Apr; 67(4):877-80.

16. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2004; 12(3):549-56. Maio-Junho.

17. Cordeiro AM, Oliveira GM, Rentería JM, Guimarães CA. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Comunicação Científica 2007;34(6):428-31.

18. Ciliska D, Cullum N, Marks S. Evaluation of systematic reviews of treatment or prevention interventions. Evidence-Based Nurs 2001 October; 4(4):100-4.

# CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE INTERNADAS EM UM HOSPITAL DE ENSINO: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO EM ENFERMAGEM

SANTOS, Raíssa Passos[1]
SEVERO, Valéria Regina Gais[2]
NEVES, Eliane Tatsch[3]

[1] Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Email: ra_enf@yahoo.com.br
[2] Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Email: elianeneves03@gmail.com
[3] Enfermeira mestranda do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Maria. Email: valeriasevero@ymail.com

**RESUMO:**
As crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) são aquelas que necessitam de cuidados especiais de saúde, de natureza temporária ou permanente, dependendo do grau de dependência e necessidades físicas que apresentam. Vivenciando o cotidiano assistencial de uma Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um hospital de ensino, percebe-se o grande número de internações/reinternações de CRIANES, sendo, muitas vezes, uma clientela já conhecida pela equipe. Com isso, sentiu-se a necessidade de caracterizar essas crianças, bem como manter estas informações em um banco de dados na unidade. Desta forma, o objetivo desta pesquisa é caracterizar, as crianças com necessidades especiais de saúde internadas em unidade pediátrica de um hospital de ensino quanto às suas condições clínicas, demandas de cuidados e situação sociodemográfica. Trata-se de um estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa. Com este estudo, pretende-se contribuir para o planejamento e qualificação do cuidado em enfermagem às CRIANES hospitalizadas.

**Descritores:** Enfermagem pediátrica. Cuidado em enfermagem. Fonte de dados.

**ABSTRACT**
Children with special health care needs (CRIANES) are those who require special health care, temporary or permanent, depending on the degree of dependency and physical needs that feature. Experiencing the daily care of a Pediatric Inpatient Unit (IPU) of a teaching hospital, it was realized that the large number of admissions / readmissions for CRIANES, being often a clientele already known by the staff. With that, it was felted the need to characterize these children as well as keep this information in a database in the unit. Thus,

the objective of this research is to characterize, children with special health care needs in hospitalized pediatric unit of a teaching hospital about their medical conditions, care demands and socio-demographic situation. This is a descriptive cross-sectional quantitative approach. This study aims to contribute to the planning and qualification of nursing care to hospitalized CRIANES.

**Keywords:** Pediatric nursing. Nursing care. Data source.

**RESUMEN**
Los niños con necesidades especiales de salud (CRIANES) son aquellos que requieren atención médica especial, temporal o permanente, en función del grado de dependencia de las necesidades físicas y esa característica. Experimentar el cuidado diario de una Unidad de Hospitalización Pediátrica (UIP) de un hospital universitario, se da cuenta del gran número de ingresos / reingresos por CRIANES, siendo a menudo una clientela ya conocida por el personal. Con eso, se sintió la necesidad de caracterizar a estos niños, así como mantener esta información en una base de datos en la unidad. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es caracterizar, los niños con necesidades especiales de salud en la unidad de hospitalización pediátrica de un hospital de enseñanza acerca de sus condiciones médicas, demandas de atención y la situación socio-demográfica. Se trata de un enfoque cuantitativo descriptivo transversal. Este estudio tiene como objetivo contribuir a la planificación y la cualificación de la atención de enfermería a CRIANES hospitalizados.

**Palabras clave:** Enfermería pediátrica. Cuidados de enfermería. Fuente de los datos.

## 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos ocorreram mudanças significativas no perfil da sobrevivência infantil, possibilitada pelos avanços na tecnologia aplicada à saúde humana. Uma consequência destes avanços é a existência de um grupo de crianças clinicamente frágeis, em condições crônicas e/ou incapacitantes de saúde, com necessidades de cuidados contínuos, as crianças dependentes de tecnologia – CDTs (KIRK, 1998). No Brasil, são denominadas de crianças com necessidades especiais de saúde - CRIANES (WONG, 2011; CABRAL, 1999). Nos Estados Unidos, este grupo é estudado desde a década de 1980 e foi denominada pelo *Maternal Children Bureau* como *children with special health care needs* (CSHCN) para designar as crianças com estado de saúde delicado, além da dependência de cuidados de saúde contínuos para sobreviver (McPHERSON *et al*., 1998).

As crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) são crianças que necessitam de cuidados especiais de saúde, de natureza temporária ou permanente, dependendo do grau de dependência e necessidades físicas que apresentam (NEVES; CABRAL, 2008). As CRIANES representam um conjunto de crianças com uma pluralidade de diagnósticos médicos, uma dependência continua dos cuidados de saúde e de uma equipe

multiprofissional devido à fragilidade clínica e a vulnerabilidade social que essas crianças se encontram. (CABRAL, 1999)

Alem disso, estudos mostram que a complexidade terapêutica das CRIANES aumenta concomitantemente ao número de internações. Em uma pesquisa com 12 familiares de crianças atendidas em um hospital de grande porte, percebeu-se que a maioria das crianças possuía mais de um diagnóstico, inicial ou atual, associado às necessidades especiais de saúde, apontando para uma complexidade diagnóstica crescente, na trajetória de vida dessas crianças. (NEVES; CABRAL, 2008)

As CRIANES constituem uma clientela inédita, representando, portanto, uma realidade nova e um desafio para os profissionais de saúde, principalmente para equipe de enfermagem. Na assistência cotidiana, esses profissionais se defrontam com internações prolongadas, inúmeras reinternações e aumento da complexidade diagnóstica. Após a alta hospitalar, há uma ausência de conhecimento sobre as dimensões objetivas das demandas de cuidados que fundamentam as ações de cuidar, das famílias no domicílio e, da enfermagem no seguimento ambulatorial e domiciliar (NEVES ; CABRAL, 2008).

Desse modo, o processo de instrumentalização desses familiares cuidadores é uma ferramenta importante na melhora da qualidade de vida dessas crianças, além de um fator contribuinte para a diminuição do número de internações/reinternações. Entretanto, para que o profissional de saúde possa realizar ações como educação em saúde e criação de um plano de cuidados singular, é necessário que ele conheça quais as são demandas específicas de cuidado que a CRIANES exige, considerando seu perfil clínico e contexto sociocultural.

A ausência de dados epidemiológicos ou a invisibilidade desse grupo nos dados disponíveis no Brasil também representa uma problemática para o delineamento de políticas públicas específicas para as CRIANES. Dessa forma, torna-se importante que essas crianças sejam classificadas dentro de sua especificidade e que essas informações estejam acessíveis a população, mostrando qual a sua realidade e o contexto que estão inseridas, possibilitando ações que melhorem sua qualidade de vida.

Arrué (2012) destaca que o levantamento dessas NES, além de mensurar a prevalência de CRIANES, pode subsidiar a reestruturação dos serviços e qualificar os profissionais de saúde para prover as principais demandas (exigências) de cuidados requeridas por essa clientela. Também, pode contribuir para o delineamento de estratégias preventivas de adoecimento para essa faixa etária e, ainda, direcionar a elaboração de políticas públicas específicas para promover o cuidado às CRIANES.

A hospitalização é vista como uma situação extremamente perturbadora na vida de qualquer ser humano e tem contornos especiais quando se trata de um acontecimento na infância, pois afeta a vida familiar implicando em uma mudança de rotina de toda a família. (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010.). Em se tratando de CRIANES, em geral trata-se de uma reinternação que agrava e cronifica ainda mais o estado de saúde desta criança.

Vivenciando o cotidiano assistencial de uma Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um hospital de ensino, percebe-se o grande número de internações/reinternações de CRIANES,

sendo, muitas vezes, uma clientela já conhecida pela equipe. Entretanto, no momento da internação faltam dados referentes aos cuidados específicos de cada CRIANES, fazendo com que os profissionais de enfermagem busquem informações com o familiar a cada reinternação. O acesso rápido e organizado a informações referentes a esses cuidados torna-se uma ferramenta que facilita e qualifica o cuidado, uma vez que os profissionais de saúde poderão conhecer as demandas de cuidado das CRIANES em sua individualidade.

Desta forma, justifica-se a importância deste estudo pela necessidade de se conhecer quais são as necessidades dessas crianças. Isto permitirá ao profissional enfermeiro elaborar um plano de cuidados singular e efetivo, contribuindo para uma internação menos estressante para a criança e a família.

## 2. OBJETIVOS

Caracterizar, a partir da construção de um banco de dados, as crianças com necessidades especiais de saúde internadas em unidade pediátrica de um hospital de ensino quanto às suas condições clínicas, demandas de cuidados e situação sociodemográfica.

## 3. MATERIAIS E MÉTODO

### 3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal, de abordagem quantitativa. No que tange os estudos quantitativos, "a pesquisa quantitativa prevê a mensuração de variáveis preestabelecidas, procurando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidências e de correlações estatísticas" (CHIZZOTTI, 2006, p.52).

Os estudos descritivos de acordo com Gil (2010) descrevem as características de determinada população ou fenômeno ou, ainda, o estabelecimento de variáveis relacionadas, sem manipulá-los. Salienta-se, ainda, que possui por atributo a caracterização de grupos de acordo com diversas variáveis. Dentre estas tem-se como exemplo: idade, sexo, idade gestacional entre outras (Quanto a pesquisa documental, ela busca contribuir com novos conhecimentos, cria novos olhares sobre fenômenos e como eles vêm sendo desenvolvidos, a partir de buscas realizadas em documentos que reconstituem passados (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

### 3.2 Cenário de pesquisa

A pesquisa será realizada em uma unidade de internação pediátrica (UIP) de um hospital de ensino, médio porte, público, federal, que atende média e alta complexidade desde sua fundação, em 1970. É referência em saúde para a região centro do Rio Grande do Sul. Caracteriza-se como hospital de ensino, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do nsino, da pesquisa e extensão, e assistência em saúde. A UIP situa-se no sexto andar, possui 16 leitos distribuídos em uma enfermaria de três leitos, duas enfermarias de cinco leitos, uma enfermaria de dois leitos e um quarto com um leito para isolamento.

Quanto à área física da UIP é constituída por: uma sala de recreação, lactário, espaço destinado para refeições e repouso noturno da enfermagem, rouparia, sala de prescrição médica, sala de estar médico, posto de enfermagem, expurgo, sala de procedimentos, sala de preparo de medicamentos. A equipe de enfermagem da UIP é formada por sete enfermeiras, treze auxiliares de enfermagem e dez técnicos de enfermagem distribuídos nos diferentes turnos, além disso, conta com médicos, fisioterapeutas, psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, assistente social e odontólogo.

**3.3 População e sujeitos do estudo**

A população do estudo será constituída pelas crianças internadas na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no período de setembro a dezembro de 2013. Os sujeitos do estudo serão aquelas crianças classificadas como CRIANES de acordo com a história diagnóstica e a demanda de cuidados.Como critérios de inclusão serão consideradas: as CRIANES de até 12 anos de idade incompletos de acordo com o Art. 2.º do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei N.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 2006). Serão excluídos os adolescentes com necessidades especiais de saúde. Sabe-se que nesta unidade interna, em média, 10 a 15 CRIANES por mês, assim, estima-se que os sujeitos do estudo contemplem cerca de 60 CRIANES.

**3.4 Procedimentos de coleta de dados**

A coleta de dados será realizada por meio de um formulário a partir do momento da internação da CRIANES na UIP. As CRIANES internadas na UIP neste período serão avaliadas e classificadas de acordo com o quadro clínico da criança e análise detalhada do seu prontuário. A partir da confirmação de que a criança internada seja classificada como uma CRIANES será preenchido o formulário com dados coletados a partir do prontuário e de entrevista com o familiar presente no momento da internação. O formulário contém variáveis referentes aos dados pessoais da criança, internações prévias e cuidados específicos relacionados à necessidade de saúde que a criança apresenta.

**3.5 Análise dos dados**

Os dados do formulário serão submetidos a tratamento estatístico pelo Programa Epi-info®, *(Epi-info versão 3.5.2 de 2010*). Os dados serão analisados segundo distribuição de frequência absoluta, frequência relativa e média.

**3.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa**

Os princípios éticos da pesquisa serão observados, visando garantir a integridade da pessoa humana, respeitando a sua privacidade, disponibilidade e necessidade. Devendo ser assegurado à comunidade participante do estudo e/ou serviço o acesso aos resultados da investigação, garantindo a fidedignidade na interpretação dos dados dos informantes e ao seu anonimato se os mesmos desejarem, conforme Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O projeto será submetido à Direção De Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) para obtenção da autorização institucional, e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição via Plataforma Brasil. Para o desenvolvimento da pesquisa serão observados os aspectos éticos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de

Saúde (BRASIL, 2013). Salienta-se que aos familiares cuidadores que aceitarem participar do estudo, será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O TCLE será entregue aos participantes do estudo, em duas vias, ficando uma para o participante e outra para a pesquisadora, constando a assinatura de ambos. Neste termo, estarão expressas todas as informações sobre a coleta, análise e divulgação das informações, bem como a preservação do anonimato de suas identidades pessoais

Também será esclarecido aos participantes sobre os riscos e benefícios que estarão expostos durante a produção dos dados, sendo que os riscos estão vinculados a situações que possam provocar constrangimentos e a possibilidade de despertar sentimentos e lembranças durante a entrevista. Em caso de mobilizar sentimentos e reações indesejados, a entrevista será interrompida e, se necessário, a pessoa será encaminhada ao serviço de referência da instituição. E os benefícios serão indiretos, contribuindo para o conhecimento científico de enfermagem e para a qualificação futura do cuidado a estas crianças. Os dados da pesquisa serão considerados confidenciais, sendo divulgados apenas para fins de ensino e pesquisa.

## 5. RESULTADOS ESPERADOS

Com este estudo, pretende-se caracterizar as CRIANES, atendidas em um Hospital de ensino, colaborando para a atenção ao paciente, melhora do atendimento e cuidado de enfermagem, além de tornar-se uma fonte para futuras pesquisas na área de Enfermagem Pediátrica.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado.

## REFERÊNCIAS

CABRAL, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê**: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999. 298p.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas Sociais**. 8 ed. São Paulo: Editora Cortez. 2006.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisas**. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A. 2010.

KIRK, S. Families'experiences of caring at home for a technology dependent child: a review of the literature. **Child: Care, Health and Development**, v. 24, n. 2, p. 101-14, 1998. Disponível em: <http:www.york.ac.uk/res/iht/.../Heatonhsc_571.pdf. > Acesso em 20 de jul de 2013.

McPHERSON, M.G. *et al*. A new definition of children with special health care needs. **Pediatrics,** v. 102, n.1, p. 137-41, 1998.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humano**s. Resolução n. 446, Brasília, 2012. 2. Ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.29, n.2, p.182-90, jun. 2008.

QUIRINO, D. D; COLLET, N; NEVES, A.F.G.B. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, jun;n.31, v.2, p 300-6. Porto Alegre, RS. 2010.

SÀ-SILVA JR, ALMEIDA CD, GUINDANI JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais** [Internet], v.1, n.1, p.1-15. 2009. Disponível em: http://rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf. Acesso em: 29 de jul de 2013.

# TENDÊNCIA DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM ACERCA DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

# TREND OF THE PRODUCTION OF THE KNOWLEDGE OF NURSING ABOUT THE CHILD GROWTH AND DEVELOPMENT

# EVOLUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CRECIMIENTO DE ENFERMERÍA Y DESARROLLO INFANTIL

SILVA, Schaienne Corsini da[1]
ZAMBERLAN, Kellen Cervo[2]
NEVES, Eliane Tatsch[3]
JANTSCH, Leonardo Bigolin[4]
GOI, Mariane Gonzaga[5]
SILVEIRA, Rafael Pasche da[6]
SCHWERTENR, Marilia Von Ende[7]

1 Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria . E-mail: schaicorsini@gmail.com
2 Enfermeira, Mestranda do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
3 Enfermeira Pediatria, Doutora em Enfermagem. Professora do departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
4 Enfermeiro, Mestrando do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
5 Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria .
6 Acadêmico do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria .
7 Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria

**RESUMO:**
O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é de extrema importância para identificar os grupos de risco e reduzir a morbimortalidade infantil, este acompanhamento é dever do estado e direito da população. Cabe ao Enfermeiro viabilizar o melhor acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, em forma de consultas individuais, com o objetivo de obter melhor qualidade de vida para a população infantil. O objetivo deste estudo foi identificar a tendência na produção científica de enfermagem acerca do crescimento e desenvolvimento infantil. Trata-se de um estudo de revisão narrativa, com busca dos artigos pela base de dados BDENF, com as palavras "crescimento", "desenvolvimento" e "infantil", empregando o operador boleano AND, entre as palavras-chaves. Diante da análise dos dados evidenciou-se uma tendência crescente de estudos relacionados às temáticas de crescimento e desenvolvimento das

crianças e lactentes. Também que o Enfermeiro tem papel fundamental no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

**DESCRITORES:** Crescimento e Desenvolvimento; Saúde da Criança; Cuidado da Criança; Obesidade

**ABSTRACT**
The monitoring of child growth and development is extremely important to identify risk groups and reducing infant mortality, this monitoring is duty of the state and right of population. It is up to Nurse enable better monitoring of growth and development, in the form of individual consultations, with the aim of obtaining better quality of life for the child population. The aim of this study was to identify the trend in nursing research about child growth and development. This is a study of narrative review with search for articles by the database BDENF, with the words "growth", "development" and "child" using the Boolean operator AND between the keywords. Based on the analysis of the data showed a trend of increasing studies related to the themes of growth and development of children and infants. Also the nurse plays a key role in monitoring child growth and development.

**DESCRIPTORS:** Growth and Development; Child Health; Child Care; Obesity;

**RESUMEN**
El monitoreo del crecimiento y desarrollo del niño es muy importante identificar los grupos de riesgo y la reducción de la mortalidad infantil, esta vigilancia es el derecho y el deber de la población estatal. Corresponde a la enfermera permitir un mejor seguimiento del crecimiento y desarrollo, en forma de consultas individuales, con el fin de obtener una mejor calidad de vida para la población infantil. El objetivo de este estudio fue identificar la evolución de la investigación en enfermería sobre el crecimiento y desarrollo del niño. Este es un estudio de revisión narrativa con la búsqueda de artículos de la base de datos BDENF, con las palabras "crecimiento", "desarrollo" y "niño" con el operador booleano Y entre las palabras clave. A partir del análisis de los datos mostró una tendencia al aumento de los estudios relacionados con los temas de crecimiento y desarrollo de los niños y los bebés. También la enfermera tiene un papel clave en la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño

**DESCRIPTORES:** Crecimiento y Desarrollo; Salud Del Niño; Cuidado Del Niño; Obesidad;

## INTRODUÇÃO

A atenção à saúde até a década de 70 caracterizava-se por apresentar atividades marcadamente hospitalares. Com o mesmo olhar, os programas de atenção a saúde infantil

priorizavam apenas atividades de recuperação e reabilitação. As ações de promoção à saúde e prevenção de doenças eram deixadas em segundo plano.[1] Na busca de enfrentar essa situação, no início dos anos 90, foi desenvolvida pela OMS e UNICEF, a estratégia AIDPI para ser aplicada nos níveis primários de atenção a saúde, sendo recomendada para países com taxa de mortalidade infantil superiores a 40/100 nascidos vivos.[2] A AIDPI busca promover a redução da mortalidade na infância, diminuir a incidência ou gravidade das doenças infecciosas, e garantir a qualidade da atenção a saúde de crianças menores de 5 anos, tanto nos serviços de saúde, comunidade ou domicílios.

O crescimento e desenvolvimento infantil fazem parte do mesmo processo, são interdependentes, mas não sinônimos. O crescimento se expressa por aumento de massa corporal, e o desenvolvimento, pela aquisição de habilidades mais complexas. Exigem abordagens diferentes e específicas. Ambos são processos dinâmicos e contínuos que ocorrem em uma criança a partir da sua concepção. Podem ser considerados um dos melhores indicadores de saúde da Criança, devido aos fatores ambientais, condições de higiene, qualidade de vida, saneamento básico, alimentação, e também condições de vida intrauterina, traduzindo as condições de vida no passado e no presente[3]. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil constitui na atenção à saúde o eixo norteador dos cuidados prestados aos menores[4] é de extrema importância para identificar os grupos de risco e reduzir a morbimortalidade infantil, este acompanhamento é dever do estado e direito da população. Nos serviços de saúde, cabe ao Enfermeiro viabilizar o melhor acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, em forma de consultas individuais, com o objetivo de obter melhor qualidade de vida para a população infantil.

É muito importante que a criança, nos seus primeiros meses de vida, tenha um acompanhamento rigoroso do seu crescimento e desenvolvimento, pois é nessa fase que o organismo mais cresce e amadurece, estando mais sujeito aos agravos e o cartão da criança é o principal instrumento utilizado para esse acompanhamento. Nos primeiros meses de vida, o crescimento depende muito da nutrição e influências do meio ambiente. Desta forma, a alimentação adequada é fundamental para prover nutrientes e energia para o crescimento e para o amadurecimento e manutenção das funções corpóreas, bem como a formação de reservas. A alimentação adequada do lactente é um importante elemento na prevenção de algumas doenças e determina, em parte, seu crescimento e desenvolvimento neuromotor5. Além disso, o crescimento e o desenvolvimento do lactente dependem de condições favoráveis, tais como: meio ambiente, saneamento básico, acesso à higiene e aos serviços de saúde, através das consultas de Enfermagem, ou seja, Puericultura.

Assim, teve-se como objetivo: identificar a tendência na produção científica de enfermagem acerca do crescimento e desenvolvimento infantil.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com abordagem descritiva dos resultados, acerca do crescimento e desenvolvimento de crianças e lactentes. Para a sistematização, o estudo foi organizado de acordo com os seguintes passos: delimitação do tema e problema de pesquisa, busca dos artigos, definições das informações que seriam analisadas, descrição dos resultados e discussões dos achados.

A busca foi realizada *online* por meio do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na base de dados BDENF, no mês de julho de 2013. Utilizou-se para a busca dos artigos, as palavras-chave "crescimento", "desenvolvimento" e "infantil" empregando o operador *boleano* AND, entre as palavras-chave. Nesta primeira busca foram encontrados 58 artigos. A partir desses resultados, ocorreu a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Utilizou-se como critério de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, e apresentam-se nos idiomas português ou inglês ou espanhol desenvolvido por enfermeiros. Como critérios de exclusão, artigos que não pertencessem à temática proposta pelo estudo.

Após leitura na íntegra dos artigos, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, restando 05 artigos. Os artigos foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após leitura na íntegra dos artigos, foi confeccionado, com as produções selecionadas para análise, o quadro sinóptico estabelecido no quadro 1.

| Cód | Autor | Título | Periódico; Ano |
|---|---|---|---|
| A1 | Ana Llonch Sabatés<br>Leila Cristinade Oliveira Mende | Perfil do crescimento e desenvolvimento de crianças entre 12 e 36 meses de idade que frequentam uma creche municipal da cidade de Guarulhos. | Ciência, Cuidado e Saúde 2007 Abr/Jun; 6(2):164-170 |
| A2 | Cibelle Kayenne Martins Roberto Formiga<br>Maria Beatriz Martins Linhares | Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. | Revista da Escola de Enfermagem da USP 2009; 43(2):472-80 |
| A3 | Akemi Iwata Monteiro<br>Ana Dulce Batista dos Santos<br>Isabelle Pinheiro de Macedo<br>Polyanna Keitte Fernandes Gurgel<br>Jaldisia Maria Pinheiro Cavalcante | A expressão da autonomia do Enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. | Revista de nfermagem da UERJ , Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):426-31 |
| A4 | Akemi Iwata Monteiro<br>Isabelle Pinheiro de Macedo<br>Ana Dulce Batista dos Santos<br>Wanessa Morais de Araújo | A Enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e desenvolvimento da criança. | Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, 2011 Jan/Mar; 12(1):73-80 |
| A5 | Glória Lúcia Alves Figueredo<br>Débora Falleiros de Mello | A prática de Enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. | Revista Latino-Americana de Enfermagem , São Paulo 2003 Jul/ago; 11(4):544-51 |

**Quadro 1**. Publicações da enfermagem brasileira, acerca do crescimento e desenvolvimento de crianças e lactentes, período- de 2003-2011 - Elaborado pelos autores. Brasil, 2013.

A partir da análise do quadro 1, observa-se que as produções foram publicadas no período de 2003 a 2011, com frequência de duas produções no ano de 2011, uma produção no ano de 2009, uma produção no ano de 2007 e uma produção no ano de 2003.

No que tange a abordagem metodológica dos artigos, destaca-se que todos são estudos descritivos de abordagem qualitativa. As temáticas abordadas pelos artigos foram: - A1: Avaliar o crescimento e desenvolvimento de crianças que frequentam uma creche municipal da cidade de Guarulhos, um estudo exploratório, descritivo e de campo, desenvolvido em uma creche municipal, na cidade de Guarulhos, por uma aluna de graduação em Enfermagem, juntamente com uma Professora Doutora em Enfermagem. Este estudo teve como sujeitos da pesquisa todas as crianças que frequentavam regularmente a creche, com idade entre doze e trinta e seis meses, sem problemas mentais ou neurológicos, e que os pais tivessem permitido a participação na pesquisa, que teve como total 44 crianças. Os resultados permitiram avaliar o crescimento através do peso, estatura, e estado nutricional das crianças, concluindo que, apenas uma, das 23 crianças do sexo masculino, apresentava desnutrição moderada, duas, desnutrição leve, outras duas, sobrepeso e ainda outras duas, obesidade. Em relação à estatura, cinco crianças com risco de baixa estatura, e quatro com baixa estatura. Em relação às meninas, duas apresentaram desnutrição leve, outras duas sobrepeso e obesidade, respectivamente. Quanto a estatura, sete meninas apresentaram risco de baixa estatura e quatro baixa estatura. Considerando o sexo, comparou-se que o retardo de crescimento de crianças com alterações nutricionais de meninas é maior que o de meninos. Um estudo que avaliou o estado nutricional das crianças de uma creche em Fortaleza revelaram 14,4% das crianças com sobrepeso e 13,3% obesas6. Em relação ao desenvolvimento, trinta e duas crianças foram classificadas como normais, e 12 como questionáveis. Este estudo por fim, mostra a importância de supervisionar o crescimento e desenvolvimento de crianças que frequentam creches, e implantação de ações para que possam sair da situação de risco nutricional e de desenvolvimento. [7]

- A2: Fazer uma avaliação sistemática da literatura de 2000-2005 sobre a avaliação de crianças nascidas pré-termo e a influência de múltiplos fatores de risco na trajetória do desenvolvimento. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura de 2000 a 2005 sobre a avaliação do desenvolvimento de crianças pré-termo até 24 meses de idade, através da análise de artigos, totalizando 33 artigos. Alguns resultados foram apresentados, tais como: a predição de fatores de risco ao desenvolvimento do bebe pré-termo: os fatores de risco identificados foram mães muito jovens, bebês do sexo masculino, maior número de intercorrências perinatais tem apresentado influencia negativa sobre o desenvolvimento dos bebês pré-termo em teste de detecção de paralisia cerebral. Os estudos mostraram que crianças com menor idade gestacional, pequenos para idade gestacional, com anormalidades neurológicas, baixo índice socioeconômico e que utilizaram tratamento pós-natal com dexametasona, apresentaram mais problemas no desenvolvimento em relação aos bebês saudáveis. Segundo um estudo longitudinal de crianças nascidas pré-termo, na faixa

dos 5 a 7 meses de idade, 20% das crianças apresentaram risco para problemas de desenvolvimento e 27% de 10 a 14 meses.

- A3: Descrever a autonomia do enfermeiro no processo de planejamento e implementação da proposta do acompanhamento coletivo do crescimento e desenvolvimento (CD) da criança. Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido nas etapas da pesquisa-ação, junto a quatro enfermeiras da Unidade de Saúde da Família de Cidade Nova/Natal. Como pesquisa-ação, inicialmente foram realizadas reuniões mensais, com as enfermeiras, no intuito de construir a proposta de acompanhamento coletivo do CD da criança. No período de fevereiro a julho de 2010, aconteceu a implantação das ações, junto às enfermeiras, para o acompanhamento das crianças. O artigo conclui que cada vez mais a autonomia e o fazer do enfermeiro tornam-se determinantes para o despontar de ações inovadoras que vem sendo planejadas e efetuadas, como por exemplo o desenvolvimento do acompanhamento coletivo do crescimento e desenvolvimento da criança, onde, os profissionais consciente dessa prática, buscaram inovar o fazer, com vista na troca de saberes junto às mães para o cuidado a criança, redução do tempo de espera e humanização do atendimento. O crescimento e desenvolvimento da criança dependem principalmente do atendimento de suas necessidades essenciais e da estimulação apropriada de suas potencialidades. Esse atendimento dá-se através da puericultura, onde o Enfermeiro tem total autonomia e papel fundamental na promoção de saúde e prevenção das doenças de crianças e lactentes.

Dessa forma, o A4 apresenta uma correlação com o artigo anterior, descrevendo o processo de implantação e desenvolvimento do acompanhamento coletivo do CD das crianças pela enfermagem. Envolvendo quatro enfermeiras e 26 cuidadores de crianças, no período de fevereiro a junho de 2010, em uma Unidade de Saúde da Família de Natal/RN. Em relação ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, constatou-se que o mesmo acontece individualizado, pautado em queixas, onde o usuário é mero receptor das informações em saúde, estando sob uma condição passiva restringindo-se a responder aos questionamentos realizados pelos profissionais sobre as condições de saúde da criança. Alguns estudos8 confirmam este fato, identificando pontos frágeis nos registros de Enfermagem com relação a identificação do paciente, profissional e principalmente registro do exame físico. Considerou-se um grande número de prontuários incompletos ou com ausência de informações importantes. A partir deste estudo, conclui-se que a implementação do acompanhamento coletivo do crescimento e desenvolvimento da criança, ocorreu de forma sistematizada, através de reuniões com as quatro enfermeiras da unidade, que propusera a inovação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, já que essa vinha sendo conduzido pelo modelo de assistência clínico individual, pautado em queixas. Esta estratégia também favoreceu a autonomia das Enfermeiras frente ao atendimento à criança na atenção básica.

- A5: Identificar as ações de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de 5 anos de idade, usuárias de duas unidades básicas

de saúde de Franca-SP. Estudo empírico, baseado em observação, através da videogravação das atividades de enfermagem nos setores de pré-consultas, vacinação, pós consulta, e coleta para o teste do pezinho. Foram filmados 12 trabalhadores de Enfermagem e 62 crianças atendidas nos setores escolhidos, durante dez dias, subdivididos em dois para a sala de coleta do teste do pezinho, quatro para as salas de pré e pós-consultas, e quatro para a sala de vacinação. Observou-se então, que as atuais ações de Enfermagem na atenção à saúde da criança em UBS, voltam-se às ações básicas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança: imunização, aleitamento materno, orientações alimentares, atividades de pré e pós-consulta, medidas antropométricas, medicações, agendamento, orientações individuais e grupais, bem como ações administrativas.

**CONCLUSÃO**

Com base nos resultados apresentados na presente revisão, foi observada uma tendência crescente de estudos relacionados às temáticas de crescimento e desenvolvimento das crianças e lactentes.

Diante dos artigos selecionados, destaca-se a importância do Enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, pois este tem papel fundamental para a melhoria da qualidade de vida da população infantil. Através das consultas de Enfermagem é possível trabalhar na promoção, prevenção e recuperação da saúde e assim evitar maiores complicações que a criança possa vir a ter por agravos de doenças. Foi possível observar também, a importância de supervisionar o crescimento e desenvolvimento de crianças que frequentam creches, e implantação de ações para que possam sair da situação de risco nutricional e de desenvolvimento.

Aponta-se como as limitações deste estudo, o acesso somente a base de dados BDENF, com seleções de produções sobre o tema proposto e texto completo. Aponta-se a possibilidade de ampliação através de outras bases de dados, a fim de contribuir para a ampliação de produções do campo de saúde da criança, envolvendo o crescimento e desenvolvimento.

Á**REA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado.

**REFERÊNCIAS:**

1. Felisberto E, Carvalho EF, Samico I. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI): Considerações sobre o processo de implantação**,** Rev. IMIPI., Recife, 2000;14(1):24-31.

2. Felisberto E, Carvalho EF, Maggi RS, Samico I. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Programa Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil**,** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(6):1737-1745, Nov/Dez 2002.

3. Brasil, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Atenção à Saúde da Criança, 2005, 1ª Edição, 30 p. [acesso em 20 de julho de 2013]. Disponível em: http:www.saude.mg.gov.br

4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, Ministério da Saúde, 2004

5. Longo GZ, Souza JMP, Souza SB, Szarfarc SC. Crescimento de crianças até seis meses de idade, segundo categorias de aleitamento, Rev. Brasileira Materno Infantil, vol. 5, nº. 1, Recife, jan/mar. 2005.

6. Araújo MFM, Lemos ACS, Chaves ES. Creche comunitária: um cenário para a detecção da obesidade infantil, Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v. 5, n. 1, p. 24-31, jan/abr. 2006.

7. Nobre FDA, Carvalho AEV, Martinez FE, Linhares MBM. Estudo longitudinal do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo no primeiro ano pós-natal. Psicologia: Reflexão e crítica, v. 22 n. 33, Porto Alegre, 2009.

8. Abdon JB, Dodt RCM, Vieira DP, Martinho NJ, Carneiro EP, Ximenes LB. Auditoria dos registros na consulta de Enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil. Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n.3, p. 90-96, jul/set.2009

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO NO DOMICÍLIO: TENDÊNCIAS NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM NO BRASIL

# CARE FAMILY HOME IN THE ELDERLY: TRENDS IN CONSTRUCTION OF NURSING KNOWLEDGE IN BRAZIL

# CUIDADO DE LA FAMILIA EN EL ANCIANO EN EL DOMICILIO: TENDENCIAS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA EN BRASIL

SEIFFERT, Margot Agathe[1]
BEUTER, Margrid[2]
GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira[3]
JACOBI, Caren da Silva[4]
BRUINSMA, Jamile Lais[5]
BITENCOURT, Mayara da Silva[5]
MISTURA, Claudelí[6]
BRONDANI, Cecília Maria[7]

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: margotenfer@gmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf – Curso de Mestrado da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf – Curso de Mestrado da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
4 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da UFSM. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
5 Acadêmicas de Enfermagem da UFSM. Bolsistas PROIC-HUSM. Membros do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
6 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
7 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem Dinter Novas Fronteiras. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**Resumo Introdução:** atualmente observa-se que os idosos estão envelhecendo com mais dependências e necessitando de cuidados no domicílio por parte de suas famílias. **Objetivo:** apresentar as tendências da construção do conhecimento em enfermagem de dissertações e teses acerca do cuidado da família ao idoso no domicílio. **Metodologia:** trata-se de um levantamento bibliográfico de resumos de teses e dissertações no portal CAPES, relacionado com a temática do cuidado da família ao idoso no domicílio. **Resultados:** dentre os 24 resumos selecionados, quatro eram de teses e 20 de dissertações. Os principais

temas abordados foram: atividades realizadas pelos cuidadores e pelas famílias; dificuldades para desempenhar o cuidado; percepção do cuidado ao idoso; redes de apoio social; estratégias de enfrentamento e necessidade de atenção aos cuidadores. C**onclusões:** o levantamento bibliográfico aponta a necessidade de realizar estudos que tenham como perspectiva o cuidado da família ao idoso em internação domiciliar.

**Descritores:** Família; Idoso; Assistência Domiciliar; Enfermagem.

**Abstract**
**Introduction:** currently it is observed that the elderly are aging more dependencies and needing care at home by their families. **Objective:** to present the trends of the construction of knowledge in nursing dissertations and theses regarding family care for the elderly at home. **Methodology:** this is a literature survey of abstracts of theses and dissertations in CAPES portal, related to the theme of family care for the elderly at home**. Results:** among the 24 selected abstracts, four were the theses and 20 the dissertations. The main topics discussed were: activities performed by caregivers and families; difficulties to perform care; perception of elderly care, social support networks, coping strategies and need for attention to caregivers. **Conclusions:** the literature points to the need to conduct studies with the prospective family care for the elderly in home care. **Descriptors:** Family; Aged; Home Nursing; Nursing.

**Resumen**
**Introducción:** en la actualidad se observa que las personas mayores están envejeciendo más dependencias y que necesitan atención en el hogar por parte de sus familias. **Objetivo:** dar a conocer las tendencias de la construcción del conocimiento en disertaciones y tesis de enfermería sobre el cuidado familiar de los ancianos en casa. **Metodología:** se trata de un estudio bibliográfico de resúmenes de tesis y disertaciones en portal CAPES, en relación con el tema del cuidado de la familia de los ancianos en el hogar. **Resultados:** de los 24 resúmenes seleccionados, cuatro fueron tesis y 20 disertaciones. Los principales temas tratados fueron los siguientes: las actividades realizadas por los cuidadores y las familias, las dificultades para llevar a cabo la atención, la percepción del cuidado de los ancianos, las redes de apoyo social, estrategias de afrontamiento y la necesidad de atención a los cuidadores. **Conclusiones:** la literatura señala la necesidad de realizar estudios con el cuidado posible familia para las personas mayores en la atención domiciliaria.

**Descriptores:** Familia; Anciano; Atención Domiciliaria de Salud; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos observou-se um aumento no número da população idosa mundial e o prognóstico de um crescimento ainda maior para os próximos anos. No Brasil, o censo

demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apontou que os idosos correspondem a 10,8% da população brasileira.[1] Estima-se que em 2025 o Brasil ocupe o sexto lugar quanto ao número de idosos no mundo, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais.[2] Nessa etapa da vida ocorrem alterações funcionais que, embora variem de um indivíduo a outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias do processo de envelhecimento natural, acarretando, portanto, em maior predisposição do indivíduo ao surgimento de doenças crônicas e suas possíveis incapacidades para o desenvolvimento de atividades, tornando o idoso dependente de cuidados.[3] O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade, incidência de processos patológicos, levando-o à morte. Assim, pode ser definido como a redução da capacidade de adaptação homeostática diante de situações de sobrecarga funcional do organismo.[4] Dessa maneira, a mudança no perfil demográfico vem acompanhada de um novo perfil de saúde da população, que se deve ao declínio das doenças agudas e ao aumento das doenças crônicas. As doenças crônicas apresentam como peculiaridades marcantes a duração e o risco de complicações, exigindo um rigoroso esquema de controle e cuidados permanentes, em especial na população idosa, em função das possíveis sequelas, que podem provocar incapacidades funcionais.[5] Nesse sentido, pode-se dizer que a população está envelhecendo, mas esse processo não é acompanhado pela qualidade de vida. O idoso vive mais, porém com mais limitações e incapacidades, devido às complicações e sequelas provocadas pelas doenças crônicas, tornando-se dependente para realizar suas atividades cotidianas. O envelhecimento e em particular a velhice, podem ser considerados momentos de crise no ciclo vital uma vez que representam situações de mudanças biopsicossociais, requerendo do ser que envelhece e daqueles com quem convivem, adaptações a esta etapa da vida.[6] Diante desse perfil demográfico e seu novo processo de viver e adoecer, a família exerce um papel importante enquanto cuidadora de seus membros. Portanto, a família é considerada a maior provedora de cuidados aos seus familiares idosos, tendo que lidar com a situação de doença crônica do idoso no seu cotidiano.[7] A legislação brasileira também faz menção em relação à responsabilidade da família quanto ao cuidado com os idosos. A Constituição Brasileira assinala o dever dos pais de assistir, criar e educar os filhos menores; e de outro lado, os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. É destacada também, a responsabilidade da sociedade e do Estado juntamente com a família, de amparar as pessoas idosas e que isto deve ser feito preferencialmente nos lares.[8] Além disso, o Estatuto do Idoso cita que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar e comunitária. Prioriza, também, que o cuidado ao idoso seja realizado por sua própria família, em detrimento do asilar.[9] Desse modo, recai

sobre a família a responsabilidade de prover os cuidados ao seu familiar idoso, no entanto, esse processo não se dá de maneira fácil quando é acompanhado pelo adoecimento e dependência. Corroborando essas afirmações, autores referem que o envelhecer quando acompanhado por doença crônica, que leva a limitações físicas, cognitivas e sociais, impõe às pessoas e às suas famílias questões nunca antes experimentadas na dinâmica das relações.[11] Entra em cena uma perspectiva de dependência crescente e ocorre reversão de papéis, uma vez que passa a caber às gerações mais novas responder pelos idosos que, no passado, lhes proporcionaram proteção, segurança e cuidado.[10] A adaptação da família torna-se ainda mais difícil quando a situação de doença gera a dependência do idoso de maneira repentina. Esse fato geralmente acontece quando ele sofre complicações de saúde decorrentes das doenças crônicas. Nesses casos, o idoso passa um longo período hospitalizado, podendo retornar ao domicílio com incapacidades e perdas funcionais e necessitando de muitos cuidados domiciliares. A família nesse contexto passa a ser responsável pela continuidade dos cuidados ao idoso no domicílio. Entretanto, essa pode não estar preparada, tanto tecnicamente como emocionalmente, para lidar com essa situação em casa, necessitando de ajuda profissional. Por isso, a internação domiciliar destaca-se como uma alternativa utilizada por muitos estabelecimentos de saúde com vistas a proporcionar um suporte às famílias e pacientes no retorno ao seu domicílio. A internação domiciliar constitui um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que necessitam de cuidados que possam ser realizados em casa, desde que assistidas por equipe exclusiva para este fim. O idoso é um dos grupos prioritários de atendimento nos serviços que realizam internação no domicílio.[11] Conforme autores, a internação domiciliar compreende a adoção de atividade continuada com tecnologia e assistência específica e mais complexa, com visitas frequentes da equipe multiprofissional de saúde e monitoramento à distância, por meio da comunicação com os cuidadores.[12] Dentre os objetivos da internação domiciliar destacam-se a desospitalização precoce, a diminuição das reinternações e o desenvolvimento de um processo terapêutico mais humanizado. Além disso, representa uma estratégia na reversão da atenção centrada em hospitais e propicia uma nova lógica de atenção, com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização.[11] Desse modo, os serviços de internação domiciliar podem atuar como suporte às famílias que necessitam cuidar de seus idosos em casa. Os profissionais de saúde se deslocam para o domicílio para prestar a assistência, pois é o local onde ocorre o cuidado ao idoso e surgem as dúvidas, inseguranças e dificuldades. Diante dessas considerações, pode-se dizer que a situação de dependência do idoso pode ser vivenciada de diversas formas pelas famílias. Por isso, sentiu-se a necessidade de buscar os estudos produzidos pela enfermagem brasileira, relacionados ao cuidado da família ao idoso no domicílio.

**OBJETIVO**

O estudo tem como objetivo geral apresentar as tendências da construção do conhecimento em enfermagem de dissertações e teses acerca do cuidado da família ao idoso no domicílio no cenário nacional. Os objetivos específicos da busca são caracterizar as teses e dissertações e descrever os principais resultados encontrados nos estudos.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um levantamento bibliográfico dos resumos disponíveis no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) realizado no mês de julho de 2013, relacionado com a temática do cuidado da família ao idoso no domicílio. Para encontrar as teses e dissertações duas estratégias de busca foram utilizadas. A primeira deu-se com as palavras "família", "idoso" e "enfermagem", com a qual foram encontradas 153 teses e dissertações. Na segunda estratégia, utilizaram-se as palavras "família", "idoso" e "assistência domiciliar", obtendo-se um total de 73 estudos. Os critérios de inclusão foram: teses e dissertações produzidas pela enfermagem que abordassem o cuidado domiciliar da família ao idoso. E como critérios de exclusão: estudos que investigaram a percepção ou a relação dos profissionais de enfermagem acerca do cuidado da família ao idoso no domicilio e aqueles que apenas pesquisaram os idosos sobre essa temática. Dessa forma, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão, na primeira estratégia de busca foram selecionados 16 estudos, e na segunda, oito, totalizando 24 resumos de teses e dissertações, os quais constituíram o *corpus* de análise do estudo. Após, procedeu-se a leitura dos resumos encontrados, e para extrair e organizar os dados dos estudos elaborou-se dois quadros. O primeiro apresentava dados como título do estudo, tipo de produção (tese ou dissertação), ano de publicação e instituição de origem. O segundo quadro elaborado possuía informações acerca da abordagem metodológica empregada, tipo de estudo, sujeitos investigados, cenário da pesquisa, instrumentos de coleta dos dados, tipo de análise dos dados utilizados e referenciais específicos usados nos estudos. Além disso, para auxiliar a análise dos resultados dos estudos, utilizou-se a análise de conteúdo do tipo temática, que é dividida em três etapas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.[13] Dessa forma, na primeira etapa realizou-se a organização e a leitura dos resumos das teses e dissertações selecionadas. Depois, os resultados foram agrupados em temas, evidenciando os principais achados dos resumos das teses e dissertações. E na última etapa, procedeu-se a interpretação dos temas construídos e a contextualização destes com referencial teórico já existente na literatura acerca do assunto.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dentre os 24 resumos selecionados, quatro eram de teses e 20 de dissertações. Sobre as teses, duas foram publicadas no ano de 2001, uma em 2009 e uma em 2010. Em relação às dissertações, o ano que se destacou foi 2010, com cinco dissertações. Os anos de 2008 e

2011 tiveram duas dissertações cada, 2007 teve quatro, 2003 duas, e os anos de 1999, 2000, 2002, 2004 e 2005 somaram uma dissertação cada. Quanto à localização das instituições onde os estudos foram realizados, a região Sudeste foi a que mais teve estudos, totalizando 13, sendo seis oriundos da Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto. A região Nordeste somou quatro estudos, sendo três da Universidade Federal da Bahia. A Centro-Oeste teve dois, todos provenientes da Universidade Federal de Mato Grosso. E a região Sul reuniu cinco estudos, dois da Universidade Estadual de Maringá, um da Universidade Federal de Santa Maria, um da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e um da Universidade Federal de Santa Catarina. No que tange a abordagem metodológica dos estudos de campo, a abordagem qualitativa foi utilizada em 18 estudos, um usou a quantitativa e quatro utilizaram a abordagem qualitativa-quantitativa. Quanto ao tipo de estudo, um realizou uma revisão sistemática, três utilizaram a etnografia, dois o estudo de caso, um foi uma pesquisa-ação, um empregou o método criativo-sensível e 16 foram estudos descritivos exploratórios. Em relação aos cenários, 11 estudos foram realizados no domicílio dos sujeitos, dois em grupos de cuidadores, um foi realizado em um ambulatório de neurologia e nove estudos não especificaram claramente o cenário no resumo. Em 21 estudos os sujeitos foram os cuidadores familiares e em dois os participantes foram os cuidadores familiares e os idosos. As mulheres se destacaram como cuidadoras em 11 resumos analisados. Das 24 teses e dissertações selecionadas apenas seis abordaram mais de um integrante da família, as demais investigaram apenas o familiar cuidador principal. Dessa forma, pode-se dizer que a maior parte dos estudos não focou o núcleo familiar como um todo. Sobre a patologia, em cinco estudos os idosos possuíam doença de Alzheimer, em dois sequelas de Acidente Vascular Cerebral, em um os idosos possuíam Hipertensão Arterial, em outro sofrimento psíquico, um estudo os idosos estavam em tratamento quimioterápico e 14 resumos não especificaram as doenças, apenas mencionaram que os idosos eram dependentes. Em relação à coleta dos dados das pesquisas de campo, o instrumento mais utilizado foi a entrevista, totalizando 18 estudos, sendo que 17 foram entrevistas do tipo semiestruturada e uma narrativa. Oito estudos fizeram uso da observação, quatro usaram o genograma, três o ecomapa e um o Apgar de família. A respeito da análise dos dados, a análise de conteúdo foi a mais empregada, sendo utilizada em 15 estudos, um estudo utilizou o método de análise discurso do sujeito coletivo e oito não especificaram o tipo de método. Quanto ao uso de referenciais teóricos ou metológicos, três estudos utilizaram as Representações Sociais, um utilizou o referencial de cultura, um a Teoria de Madeleine Leninger, um a educação dialógica de Paulo Freire e um usou a Teoria Fundamentada nos Dados. Os principais temas abordados nas teses e dissertações foram: **Atividades realizadas pelos cuidadores e pelas famílias:** Essas estavam relacionadas à ajuda aos idosos na realização de suas atividades básicas de vida diária, entre elas higiene corporal e alimentação. Além disso, outros cuidados foram mencionados, como vigilância, acompanhamento em consultas e exames, ajuda no uso das medicações, apoio emocional e incentivo aos cuidados necessários, quando o idoso era parcialmente independente. Quando

os idosos não têm condições de desempenharem seu próprio autocuidado as famílias passam a assumir essas tarefas, auxiliando-os, por exemplo, para tomar banho e vestir-se, além de realizar os afazeres domésticos, que antes os idosos realizavam.[14] Uma pesquisa realizada com familiares de idosos mostrou que além de levarem os idosos nas consultas, os familiares também os acompanhavam durante elas, pois os idosos muitas vezes não conseguiam mais entender as prescrições e encaminhamentos médicos, então os familiares participavam das consultas para facilitar a comunicação, contribuindo para a escolha do melhor tratamento ao idoso15. Outro estudo também encontrou que as famílias auxiliam os idosos no uso das medicações e, conforme o grau de dependência do idoso, os familiares assumem completamente a administração dos medicamentos.[14] **Dificuldades para desempenhar o cuidado:** Em seis resumos identificou-se que um fator que dificulta o desempenho do cuidado é a baixa aquisição financeira das famílias. Outro estudo também apontou que as famílias possuem dificuldades financeiras para cuidarem de seus idosos, pois precisam comprar medicamentos, materiais e levá-los a consultas e exames, o que acaba alterando os gastos familiares.[7] O surgimento de doenças que levam o idoso a uma ou mais condições crônicas requer assistência intensiva. Essa situação pode modificar a rotina do lar, aumentando os gastos com medicamentos, alimentação e outras necessidades de um paciente crônico.[10] A falta de preparo, habilidades e orientações para o cuidado também apareceram como dificuldades em seis pesquisas. Em dois resumos identificou-se que outra dificuldade estava relacionada ao acesso aos serviços de saúde. Conforme pesquisa, o serviço de internação domiciliar tem como finalidade proporcionar suporte técnico e estrutural à família no retorno do paciente ao domicílio.[16] Portanto, esse tipo de assistência pode proporcionar as famílias um melhor preparo para o cuidado domiciliar. Ainda, a falta de apoio familiar foi verificada em quatro resumos, sendo o cuidado ao idoso, na maioria das vezes, desenvolvido por uma única pessoa da família, o que geralmente ocasionava conflitos familiares e sobrecarga desse cuidador. Pesquisa realizada com cuidadoras de familiares com doença crônica incapacitante verificou que as cuidadoras apresentavam sobrecarga advinda do cuidado prestado ao familiar doente, a qual envolvia vários aspectos, como físicos, mentais e espirituais.[17] **Percepção do cuidado ao idoso:** Em três estudos o cuidado ao idoso foi percebido pelos familiares como um ato de reciprocidade ou retribuição ao cuidado recebido no passado. Outros três resumos apontaram que o cuidado é visto como algo estressante, especialmente quando a família não ajuda o cuidador principal e o idoso não colabora com os cuidados, tem idade avançada e possui comorbidades e complicações. No entanto, esses estudos complementaram que apesar do cuidado ser estressante e cansativo para os familiares, pode mostrar-se gratificante, satisfatório e permitir maior interação entre os envolvidos. Em pesquisa acerca do cuidado intergeracional ao idoso, os autores evidenciaram que, para algumas pessoas, o cuidado ao idoso aparece como uma consequência da trajetória e história familiar de cuidados precedentes dos idosos a filhos e netas, salientando a ideia de reciprocidade.[18] Outra investigação encontrou que a tarefa de cuidar do idoso com doença crônica é designada ao

familiar mais próximo, o qual costuma ser a esposa ou filha, sendo concebido como legado familiar, valor cultural, ou questão de disponibilidade de quem está mais próximo.[19] Dessa forma, a situação de doença do idoso pode refletir nos laços e vínculos familiares. Há famílias que se tornam mais unidas diante dessa circunstância para que o cuidado ao idoso não se torne uma sobrecarrega aos membros. No entanto, nas famílias onde não há o compartilhamento das tarefas de cuidado ao idoso, estas são desempenhadas por um só familiar, acarretando em sobrecarga e podendo ocasionar conflitos familiares.[15] Essas questões podem estar relacionadas as alterações nos modelos tradicionais das famílias. Atualmente as famílias possuem menos filhos, muitas vezes moram no domicílio apenas um casal de idosos de idades semelhantes, pois os filhos passam a morar em lugares distantes dos pais. Esses fatores contribuem para a dificuldade das famílias em cuidar do idoso em situação de adoecimento e dependência, restringindo o número de familiares disponíveis para exercer o cuidado e consequentemente, sobrecarregando um ou mais integrantes da família. **Redes de apoio social:** As redes de apoio foram mencionadas em quatro estudos como forma de suporte às famílias. Destacaram-se as informais, representadas pelos familiares, grupos da comunidade, amigos e vizinhos, e as formais, constituídas pelos profissionais das equipes da Atenção Básica e dos Programas de Internação Domiciliar. Ainda, um estudo salientou a importância do Agente Comunitário de Saúde no suporte às famílias, pelo vínculo que este possui com elas. Corroborando esses achados, uma pesquisa evidenciou que as famílias necessitavam de apoio principalmente quando o estado de saúde do idoso se agravava e sua dependência aumentava, assim, os familiares relatavam a necessidade de apoio de outros membros da família, de amigos e vizinhos para conversar e fazer confidências[14] Nessa perspectiva, as redes sociais na vida das pessoas podem atuar de forma benéfica à saúde, especialmente em certos momentos, como a vivência de doença na família. Assim, uma rede social atuante pode representar um aspecto positivo para a saúde das famílias que cuidam de seus familiares doentes no domicílio.[17] **Estratégias de enfrentamento:** Em três pesquisas foram mencionadas as estratégias de enfrentamento do estresse e das dificuldades impostas pelo cuidado ao idoso. Os familiares utilizam a espiritualidade e a religiosidade como força e suporte, procuram ter momentos para si, e também buscam apoio social formal e informal quando necessitam. Essas estratégias objetivam a manutenção do equilíbrio emocional e da qualidade de vida dos familiares cuidadores para que o cuidado prestado possa ser realizado com qualidade. Um estudo encontrou que os grupos religiosos simbolizam um importante suporte as cuidadoras de familiares doentes, pois prestam apoio e conforto espiritual, fortalecendo-as e ajudando-as no desenvolvimento das atividades do cuidado domiciliar.[17] **Necessidade de atenção aos cuidadores:** A maioria das dissertações e teses apontou em suas considerações finais a necessidade urgente de políticas públicas que contemplem o cuidado aos familiares cuidadores de idosos. Consideram importantes não só o fornecimento de orientações quanto à realização dos cuidados, como também os meios de prevenir o estresse e a sobrecarga das famílias. Um dos estudos realizados em serviço de internação domiciliar apontou a

necessidade do enfermeiro em realizar ações educativas, possibilitando ao familiar alcançar a independência para o desenvolvimento dos cuidados no domicílio. Ainda, o estudo destacou que cabe ao enfermeiro conhecer o ambiente domiciliar, sua dinâmica, identificar o perfil do idoso e de sua família antes de estabelecer um programa de orientações. Nesse sentido, autores reforçam que as famílias dos idosos necessitam de atenção e não apenas ser colocadas como cuidadoras, já que esta fase da vida pressupõe um evento não somente para o idoso, mas para todos que participam desse processo, independente da aproximação, vínculo ou atividade desenvolvida.[19] Quando a equipe multiprofissional de saúde se desloca ao domicílio do paciente, abre-se espaço para o estabelecimento de uma relação de confiança e ajuda mútua, respeitando-se a individualidade e singularidade de cada família e ainda, possibilitando a construção de novos saberes.[16] Acerca das orientações sobre os cuidados, pesquisa realizada com famílias de idosos aponta que elas precisam do suporte dos profissionais de saúde, pois necessitam de orientações sobre como realizar os cuidados, administrar as medicações e reconhecer alterações do estado de saúde de seu familiar idoso.[14] Essa necessidade aumenta de acordo com a complexidade de cuidados que o idoso precisa. Nas situações em que é necessário o uso de tecnologias em casa, as famílias precisaram aprender a lidar com a tecnologia, além de identificar sinais de problemas de saúde, a fim de julgar quando é necessário pedir ajuda profissional.[14] Desse modo, o uso de tecnologias no domicílio, como sondas para alimentação e traqueostomias, requer da família melhor preparo, exigindo dos profissionais de saúde orientações de como lidar com essas tecnologias em casa, de maneira que as famílias se sintam seguras ao realizar os cuidados.

## CONCLUSÕES

O estudo permitiu caracterizar as teses e dissertações e descrever os principais resultados encontrados nos estudos acerca do cuidado da família ao idoso no domicílio. Em relação aos temas abordados nas teses e dissertações, destacaram-se: atividades realizadas pelos cuidadores e pelas famílias, em que os estudos descreveram os cuidados realizados pelas famílias aos idosos, destacando-se os cuidados para a realização das atividades básicas de vida diária, como alimentação e higiene; dificuldades para desempenhar o cuidado, destacando-se a dificuldade financeira das famílias e a falta de preparo, habilidades e orientações para realizar os cuidados necessários aos idosos; percepção do cuidado ao idoso, em que as teses e dissertações apontaram que o cuidado ao idoso é percebido por alguns familiares como um ato de reciprocidade e retribuição pelo cuidado recebido do idoso no passado, e por outros como algo estressante e cansativo, especialmente nas famílias em que somente um integrante é responsável pelo cuidado ao idoso; redes de apoio social, das quais as famílias utilizam-se como forma de suporte social, destacando-se as informais e as formais; estratégias de enfrentamento, em que os estudos abordam as diferentes formas de enfrentamento utilizadas pelas famílias para situações de dificuldades, destacando-se a espiritualidade e religiosidade; necessidade de atenção aos cuidadores,

enfatizando-se a necessidade de políticas públicas que contemplem o cuidado aos familiares cuidadores de idosos, incluindo-se não apenas o fornecimento de orientações quanto à realização dos cuidados, como também os meios de prevenir o estresse e a sobrecarga das famílias. O levantamento bibliográfico dos resumos das teses e das dissertações também possibilitou identificar que apenas duas dissertações realizaram estudos em programas de internação domiciliar relacionados ao cuidado da família ao idoso no domicílio, sendo estes vinculados a hospitais (um universitário e um geral) localizados na região Sudeste do Brasil. Esses estudos também investigaram somente os familiares cuidadores principais, não tendo como foco o núcleo familiar como um todo. Desse modo, pode-se dizer que é necessário a realização de mais estudos que tenham como perspectiva o cuidado da família ao idoso em internação domiciliar. A internação domiciliar do idoso para muitas famílias é uma situação totalmente nova, exigindo sua organização com vistas a atender os cuidados que o idoso necessita. Dessa forma, é importante investigar como as famílias vivenciam essa situação e como se organizam diante das demandas de cuidado do idoso que se encontra internado no domicilio. Essa abordagem pode auxiliar as equipes de saúde que atuam junto a essas famílias a encontrar soluções e estratégias que visem uma melhor qualidade de vida dos idosos e de sua família como um todo.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS**

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2013.

2. Moraes EN. Atenção a saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

3. Silva L, Bousso RS, Galera SAF. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. Rev Bras Enferm. 2009 jul-ago; 62(4): 530-4.

4. Papaléo Netto M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. (org.). Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara

5. Koogan; 2006. p. 2-12. 5. Marcon SS. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. (org). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2.ed. Maringá: Eduem; 2002. p. 311- 335.

6. Duarte YAO, Cianciarullo TI. Idoso, família e saúde na família. In: Cianciarullo TI, organizadora. Saúde na família e na comunidade. São Paulo (SP): Robe Editorial; 2002. p. 231-61.
7. Carreira L, Rodrigues RAP. Estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crônica. Cienc Cuid Saude. 2006; 5 (Supl):119-126.

8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 20 jul. 2013.

9. Brasil. Estatuto do Idoso. Brasília: Senado Federal, 2003. Disponível em: < http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/idoso/lei_10741_03.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

10. Montezuma CA, Freitas MC, Monteiro ARM. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008; 10 (2): 395-404. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a11.htm>. Acesso em: 20 jul. 2013.

11. Brasil. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 19 out. 2006. Disponível em: <http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

12. Girondi JBR, Gonçalves LHT, Santos SMA. A enfermagem na assistência domiciliar: família com idosos em idade mais avançada. In: Elsen I, Souza AIJ, Marcon SS. (org). Enfermagem à família: dimensões e perspectivas. Maringá: Eduem; 2011. p. 137-146.

13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

14. Fex A, Flensnera G, Ekb AC, Söderhamn O. Living with an adult family member using advanced medical technology at home. Nursing Inquiry. 2011; 18(4):336–47.

15. Wolff JL, Roter DL, Given B, Gitlin LN. Optimizing patient and family involvement in geriatric home care. Journal for Healthcare Quality. 2009; 31(2): 24–33.

16. Brondani CM, Beuter M. A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar. Rev Gauch Enferm. 2009; 30(2): 206-13.

17. Silveira CL, Budó MLD, Silva FM, Beuter M, Schimith MD. Rede social das cuidadoras de familiares com doença crônica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem. Cienc Cuid Saude. 2009; 8(4): 667-674.

18. Flores GC, Borges ZN, Budó MLD, Mattioni FC. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. Rev Gauch Enferm. 2010; 31 (3): 467-74.

19. Horta ALM, Ferreira DCO, Zhao LM. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. Rev Bras Enferm. 2010; 63 (4): 523-8.

# REVELAÇÃO DIAGNÓSTICA DE HIV/AIDS EM PEDIATRIA

# DIAGNOSTIC REVELATION OF HIV/AIDS IN PEDIATRICS

# REVELACIÓN DE DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA EN PEDIATRÍA

TOLENTINO, Lidiane Cruz[1]
Teixeira, Joice Ane[2]
Nascimento, Leticia[3]
Padoin, Stela Maris de Mello[4]
Paula, Cristiane Cardoso[5]
Silva, Clarissa Bohrer[6]

[1] Acadêmica de enfermagem Universidade Federal de Santa Maria. (UFSM/SM). Bolsista de Extensão. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) UFSM. E-mail: lidiane.ct@hotmail.com
2 Acadêmica de enfermagem. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).
3 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/RS/BRASIL. Estudante do GP-PEFAS UFSM
4 Enfermeira. Doutora. Profa Ajunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade.
5 Enfermeira. Doutora. Profa Ajunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade.
6 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/RS/BRASIL. Estudante do GP-PEFAS UFSM

## RESUMO:

**Introdução:** A feminização da epidemia do HIV/AIDS, especialmente devido aos casos de mulheres em idade reprodutiva, resultou no nascimento de crianças com HIV/AIDS. **Objetivo**: Apresentar questões relativas a crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS, com destaque para revelação do diagnóstico, o recorte temporal 2004 até 2012, tendo em vista a maior atualidade dos trabalhos. **Metodologia**: Foi realizado uma revisão narrativa de literatura na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados eletrônica Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Medical Literature Analysis and Retrievel System Online (MEDLINE). **Resultados**: Foram selecionados 214 artigos das quais foram selecionados 9 que correspondem aos critérios de inclusão e recorte temporal. **Principais Conclusões**: A revelação do

diagnóstico de HIV/AIDS deve ocorrer o mais precocemente possível, em um ambiente acolhedor e que possibilite a troca de informações favoreça o entendimento sobre a doença de acordo com a faixa etária.

**Descritores**: revelação diagnóstica, criança, adolescente, família.

**ABSTRACT**

**Introduction:** The feminization of the epidemic profile of HIV / AIDS, especially in cases of women of reproductive age, resulted in the birth of children with HIV / AIDS**. Objective**: to present and discuss issues relative to children and adolescents infected with HIV / AIDS with emphasis for diagnostic revelation. The time frame was 2004 to 2012 for the most current of studies. **Method**: In this study was realized a literature review. The literature search was developed in the Virtual Library in Health (VLH), in electronic database Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) and Medical Literature Analysis and Retrievel System Online (MEDLINE). **Results**: it was selected 214 articles which 9 corresponded to the inclusion criteria and time frame. The constructs date 2004 (A1), 2005 (A2), 2006 (A3), 2009 (A4, A5), 2010 (A6, A7), 2011 (A8), 2012 (A9). **Conclusion**: the diagnostic revelation of HIV / AIDS should occur as soon as early possible in a warm environment, that transmit confidence and the possibility of information favors the understanding about the disease according to age range.

**Descriptors**: Diagnostic revelation; Child; Adolescent; Family.

**RESUMÉN**

**Introducción**: a feminización del perfil epidemiológico del HIV / AIDS, especialmente en los casos de las mujeres en edad reproductiva, se tradujo en el nacimiento de niños con HIV / AIDS. **Objetivo**: presentar y discutir temas relacionados con niños y adolescentes infectados por VIH/SIDA, con énfasis para revelación de diagnóstico, el marco temporal fue 2004 a 2012 por la mayor actualidad de estudios. **Metodología**: Se realizó una revisión de literatura. La búsqueda bibliográfica fue desarrollada en Biblioteca Virtual en Salud (BVS), la base de datos electrónica Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) y Medical Literature Analysis and Retrievel System Online (MEDLINE). **Resultado**s: Fueron seleccionados 214 artículos de los cuales 9 correspondieron a los criterios de inclusión y el marco temporal. Los constructos datan de 2004 (A1), 2005 (A2), 2006 (A3), 2009 (A4, A5), 2010 (A6, A7), 2011 (A8), 2012 (A9). **Conclusión**: La revelación del diagnóstico de VIH/SIDA debe realizarse tan pronto posible, en ambiente cálido, que transmita confianza y que la posibilidad de cambio de informaciones favorezca la comprensión sobre la enfermedad según el grupo etario.

**Descriptores**: Revelación de diagnóstico; Niños;dolescentes; Familia.

**INTRODUÇÃO**

Passaram-se mais de três décadas da descoberta da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) importantes transformações ocorreram desde o inicio da epidemia até os dias atuais. A doença que inicialmente acometia adultos e homossexuais passou a atingir também a população feminina, aumentando significativamente os índices de infecção nas mulheres, tornando-se uma realidade para mulheres brasileiras desde 1980, quando ocorreram as primeiras notificações. Esta feminização do perfil da epidemia, especialmente devido aos casos de mulheres em idade reprodutiva, resultou no nascimento de crianças expostas ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sendo que, a principal categoria de exposição em menores de treze anos é a transmissão vertical, que ocorre da mãe para o seu bebê durante a gestação, trabalho de parto, parto e/ou aleitamento materno[1].

Em 1983 apareceram os primeiros relatos de AIDS em crianças infectadas no período perinatal. A partir deste momento, várias pesquisas têm sido realizadas com o objetivo de minimizar os efeitos da infecção pelo HIV nesta população pediátrica.

O boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, de 1980 até junho de 2012, mostra que foram notificados 17.359 casos de crianças menores de 5 anos de idade. Do total de aids em crianças, 6.913 foram identificados entre cinco a doze anos[2] e em adolescentes, ocorreram 13.260 casos, na faixa etária entre 13 e 19 anos . Nesse sentido, o número de crianças vem aumentando em consequência dos casos de aids em mulheres, em decorrência do processo de feminização da síndrome, além da questão de maior sobrevida das portadoras.

Ao contrário do que ocorria no início da epidemia da aids, atualmente um grande número de crianças infectadas por meio da transmissão vertical do HIV atinge a adolescência e a idade adulta[3]. Isso por que o uso dos antirretrovirais por crianças soropositivas tem trazido benefícios em suas condições de saúde e desacelerando o curso da doença[4]. Atualmente, a questão do HIV/AIDS em crianças tem merecido destaque no contexto dessa epidemia, pois aumentaram as demandas subjetivas e objetivas deste grupo infantil. Estas crianças dependem de um uso contínuo de medicamentos para sobreviver, precisam de serviços de suporte emocional e comportamental podendo apresentar limitações de atividades[5]. Soma-se a dependência de cuidados, seja profissional, seja familial e a resposta social preconceituosa e atitudes de discriminação ainda existente frente a esta epidemia[6]. Diante deste panorama, a reflexão sobre o momento certo para a revelação do diagnóstico faz-se necessário para quem está próximo a esta criança, ou seja, para os familiares ou cuidadores e para os profissionais de saúde. O temor de que a criança e familiares sofram preconceito, o momento certo em que a criança atinja a capacidade cognitiva e a possível reação negativa para compreender a doença acabam postergando a revelação do diagnóstico[7]. Entretanto, pesquisas constatam que a revelação é necessária, sendo a manutenção do segredo algo desconfortável e angustiante[8]. Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, o processo de revelação deve ser gradativo, contínuo e progressivo. Neste contexto, a

importância da atuação dos profissionais da saúde juntamente com os familiares ou cuidadores se torna relevante, capacitando-os com informações referentes ao HIV/AIDS, tanto nas dimensões clínicas e sociais, propicia o momento da revelação do diagnóstico mais tranquilo, seguro e acolhedor para a criança. O presente trabalho objetiva apresentar e discutir questões relativas a crianças e adolescentes infectados pelo HIV/AIDS, com destaque para revelação do diagnóstico. O trabalho baseou-se em uma revisão de literatura da produção cientifica brasileira que abordavam o tema de interesse.

**METODOLOGIA**

Para realização deste estudo foi realizada uma revisão narrativa de literatura. Inicialmente estabeleceu- se a questão de pesquisa: Como acontece a revelação do diagnóstico para a criança com HIV/AIDS? A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline). Utilizaram-se os termos "hiv" [Descritor de assunto] and "criança" [Descritor de assunto] and "revelação"[Descritor de assunto]. O recorte temporal 2004 até 2012, tendo em vista a maior atualidade dos trabalhos. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em periódicos com resumo na base de dados e disponibilidade do texto completo meio eletrônico, estar disponível em português, online, gratuito e na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos que não estejam em português. Foram selecionados 9 artigos.

A análise do conteúdo de Bardin foi desenvolvida em quatro etapas: pré-análise, exploração do material, interpretação e categorização dos resultados[9]. A primeira etapa possibilitou uma visão abrangente do conteúdo dos artigos por meio de leitura flutuante e fichamento. Foi utilizada uma ficha de extração de dados compostos das variáveis: titulo; sujeito; cenário da pesquisa; metodologia e resultados. A etapa de exploração do material foi desenvolvida a partir da transcrição dos resultados. Após, foi realizado uma leitura dos artigos e desenvolvida a codificação cromática nos achados fichados. A partir disso, foram elaboradas 5 categorias temáticas que são: tipo de pesquisa, subárea do conhecimento, sujeito da pesquisa, principais resultados. Com referencias dos autores e analise sintética dos textos. Por fim, foi realizada a etapa de discussão dos resultados expondo o que tem sido produzido sobre a temática proposta. Os artigos foram classificados por uma codificação composta pela letra "A" de artigos, seguidos de um número (A1), contendo titulo, autores, ano de publicação. A1 corresponde ao Guia de Tratamento clínico da infecção pelo HIV ano 2004; A2 crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento ano 2005 ; A3 A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores ano 2006; A4 Crianças e adolescentes com HIV/AIDS: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma ano 2009; A5 histórias de visa: mãe e filho soropositivo para o HIV ano 2009; A6 Manual para assistência à

revelação diagnóstica as crianças que vivem com HIV/AIDS ano 2010; A7 Ocultamento e silenciamento familiares no cuidado à criança em terapia antirretroviral na ano 2010; A8 O (não) dito da AIDS no cotidiano de transição da infância para a adolescência ano 2011; A9 A história infantil como recurso para a compreensão do processo saúde- doença pela criança com HIV ano 2012.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram encontrados 214 publicações resultantes da busca realizada na base de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO destes foram selecionados 9 que correspondem aos critérios de inclusão e ao recorte temporal. Estes foram analisados e categorizados. Quanto à categorização dos artigos analisados, no que se refere ao ano de publicação, os constructos datam de 2004 (A1), 2005 (A2), 2006 (A3), 2009 (A4, A5), 2010 (A6, A7), 2011 (A8), 2012 (A9). Referente aos cenários, os estudos se concentram na área A2 realizada em dois serviços na rede pública de saúde no Distrito Federal, A3 serviços de referência para AIDS, A5 teve como contexto (HD) Hospital dia em Florianópolis, A6 no ambulatório de pediatria do centro de referência e treinamento das DST/AIDS, A7 ambulatório situado na cidade do Rio de Janeiro, A8 contemplou 3 (HU) Hospitais Universitários, A9 unidade pediátrica do hospital –escola UFPEL. As pesquisas tem delineamento qualitativo (A1, A3, A4, A5, A6, A7, A9), quati-qualitativo (A2, A8). Quanto á área do conhecimento, os artigos foram classificados, conforme os critérios estabelecidos pela CAPES na subárea enfermagem (A5, A7, A8, A9), psicologia (A2, A4), multiprofissional (A3). Os sujeitos da pesquisa foram crianças e cuidadores principais (A2, A3,), cuidadores (A4), mães soropositivas com HIV (A5), familiares/cuidadores (A7), crianças (A8), crianças e familiares/cuidadores (A9). Os estudos A1 e A6 apresentaram pesquisa qualitativa, classificam-se como multiprofissional, porém apresentou o local de captação dos dados distinto das demais. O estudo A1 por se tratar de um guia de tratamento clínico de infecção pelo HIV apresentou aspectos distintos como: diagnosticar a infecção pelo HIV em criança, como manusear crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV, confiabilidade e privacidade. No estudo A6 foi desenvolvido no ambulatório de pediatria do centro de referência e treinamento das DST/AIDS onde verificou-se que se trata de um manual que ensina como identificar aspectos psicológicos relacionados a sorologia para HIV/Aids, ou seja, sinais que a criança pode apresentar sobre conhecimento da sua sorologia, doença, dificuldades e resistências do cuidadores em revelar a sorologia para o HIV, como saber nível de compreensão da criança em relação a doença, preparação de cuidadores e profissionais de saúde para revelação da sorologia. Conforme o Manual de revelação diagnóstica, o momento oportuno para informar a criança sobre sua doença é quando ela demonstra curiosidade em relação à doença, quando o segredo estiver afetando-a negativamente e ao apresentar dificuldade de adesão ao tratamento, além destes fatores a transição da infância para adolescência é de igual importância, já que corresponde ao início da vida sexual. Destacamos o questionamento da criança em relação

a saúde, da qual começa a comparar-se com seus colegas e amigos no fato de ir ao hospital, tomar medicamentos. Nas primeiras manifestações de curiosidade em relação às consultas médicas, coletas de exames, medicações de uso constante, entre outros, a criança deve ser esclarecida, tendo em conta a sua capacidade de compreensão e as inquietações apresentadas. Cada pergunta deve ser respondida de forma simples e objetiva. A adesão ao medicamento antirretrovirais pelo adolescentes pode sofrer influência de peculiaridades observadas nessa faixa etária como negação da enfermidade, desinformação, comprometimento da autoestima, dificuldades de obter apoio social, entre outras[6]. Uma melhora na comunicação familiar pode propiciar melhoras no comportamento de adesão de adolescentes soropositivos. Esses resultados demonstram a necessidade de incentivar maior escuta e diálogo sobre a enfermidade no contexto familiar, e forma a desenvolver habilidades de comunicação entre os integrantes da díade e outras pessoas da rede de apoio social[10]. Pesquisas revelam que portadores de HIV/AIDS que recebem o diagnóstico de seus familiares em uma etapa precoce do desenvolvimento, entendem que o HIV fazia parte do crescimento e reagindo de forma natural. Entretanto, quando descobrem tardiamente a infecção, percebe-se que não reagem de maneira tranquila[11]. Por estarem entrando na adolescência, familiares ou cuidadores consideram o melhor momento para dialogar e revelar o diagnóstico de soropositividade, associando o aumento na idade com responsabilidade, tornando o jovem capaz de participar ativamente no tratamento e a assumir os próprios cuidados.

Na adolescência, a vivência da sexualidade torna-se mais evidente e muitas vezes manifesta-se através de práticas sexuais desprotegidas, podendo se tornar um problema devido à falta de informação, de comunicação entre familiares[12]. Devido a isso, familiares ou cuidadores sentem-se obrigados a revelar a soropositividade para o adolescente.

Contudo verifica-se que não existe uma idade ideal para dialogar com a criança sobre sua doença e tratamento, isto quer dizer que a revelação da sorologia para HIV precisa ser entendida como um processo e, portanto, deve ser iniciado o mais precocemente possível, de acordo com a capacidade de compreensão de cada faixa etária.

## CONCLUSÃO

A maioria das crianças por desconhecerem seu diagnóstico não entendem o porquê de tantas idas ao hospital, de vários exames, de medicamentos diários de sabor desagradável que lhes provoca efeitos colaterais. Em muitos casos, é por ocasião de alteração do estado de saúde, troca de medicamentos, hospitalização ou por pressão da própria criança que a revelação de sua doença ocorre. Percebeu-se após este estudo que a revelação do diagnóstico é uma questão essencial para a assistência à criança infectada pelo HIV. Assim, esta deve ocorrer o mais precocemente possível, de modo contínuo, gradual e progressivo em um ambiente acolhedor, que transmita confiança e que a possibilidade de troca de informações favoreça o entendimento sobre a doença de acordo com o entendimento de cada faixa etária.

A partir dos resultados verificou-se que a criança necessita de um atendimento integral e humanizado e que seja direcionado para a educação em saúde visando o bem estar do paciente e de seus familiares por meio do dialogo sincero a respeito da doença. Nesse sentido, destaca-se o papel do profissional enfermeiro mediante uma equipe multiprofissional na assistência à saúde prestada na revelação do diagnóstico.

**AREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS**

1- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. Série Manuais, n. 46, p. 172. Brasília, 2010.

2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST- junho de 2012. Brasília (DF). Disponível em http://www.aidsgov.br/publicação/2012/Boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2012.

3- Guerra CPP, Seidl EMF. Crianças e adolecentes com HIV/aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico., adesão e estigma. Pádeia. Riberião Preto. 2009;19(42):59-65.

4- Ferreira R, Gadelha G. Vida que te quero viva – sistematização experiências apoiadas pelo POMMAR/USAID partenes na área de atendimento a crianças que vivem e convivem com HIV/AIDS. Brasília. Expressão gráfica Manual de Revelação diagnóstica, 2004.

5- Paula CC, Padoin SMM. Cuidado de enfermagem à criança com HIV/AIDS. Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF) Saúde da Criança e do Adolescente. 2012;7(2):117-62.

6-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids. Brasília, DF, 2008.

7- Bachanas PJ, Kullgren KA, Schwartz KS, Lanier B, McDaniel JS, Smith J, et al. Predictors of psychological adjustment in school-age children infected with HIV. Journal of Pediatric Psychology, 2005;26(6):343-52.

8- Marques HHS, Silva NG, Gutierrez PL, Lacerda R, Ayres JRCM, DellaNegra M, et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/Aids e seus pais e cuidadores. Cadernos de Saúde Pública, v.22, n.619-629, 2006.

9- Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Persona. Edição 70, 1977.

10- Guerra CPP, Seidl EMF. Crianças e adolescentes com HIV/aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. Paideia. 2010;13(19):59-65.

11- Silva FCF, Basile LC, Both NS, Kern FA. Os herdeiros da AIDS: compreensão da condição sorológica de adolescentes infectados por transmissão vertical. Rev. Psicol. MED. 2010;2(1):318-26..

12- Camargo EAI, Ferrari RAP. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14(3):937-46.

# APRENDER A VIVER MELHOR: PRÁTICAS DE CUIDADO NO CLIMATÉRIO

# LEARNING TO LIVE BETTER: CARE PRACTICES IN CLIMATERIC

# APRENDER A VIVIR MEJOR: PRÁCTICAS DE CUIDADO EN EL CLIMATERIO

BISOGNIN, Priscila[1]
POSSATI, Andressa Batista[2]
ALVES, Camila Neumaier[3]
WILHELM, Laís Antunes[4]
HOFFMANN, Izabel Cristina[5]
RESSEL, Lúcia Beatriz[6]

1 Autora/Relatora. Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista PIBIC/CNPq. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. E-mail: pribisognin@gmail.com
2 Coautora. Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Aluna de Iniciação Científica – bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET. Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.
3 Coautora. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGENF/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
4 Coautora. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGENF/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
5 Coautora. Enfermeira. Dda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem – DINTER/UNIFESP. Enfermeira do Ambulatório Ala C do Hospital Universitário de santa Maria.
6 Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professora Associada do Departamento de Enfermagem/UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.

**RESUMO:** O climatério é um período vivenciado de modo singular, onde cada mulher no seu contexto sociocultural, encontra modos de como viver esta fase. Assim, este estudo objetivou conhecer como as mulheres, atendidas em um hospital de ensino do sul do Brasil, vivenciam o climatério. Desenvolveu-se uma pesquisa de campo, descritiva com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram 10 mulheres que participaram da sala de espera sobre o climatério do ambulatório de ginecologia do Hospital Universitário de Santa Maria. Utilizou-se entrevista semiestruturada, com posterior análise temática. Resultados abordaram o saber das mulheres sobre o climatério muitas vezes construído socioculturalmente; a sexualidade; medicalização do corpo; e cuidados com relação à própria saúde, situando o papel do enfermeiro diante da vivência da mulher climatérica. Tal estudo ampliou o conhecimento sobre o vivenciar do climatério, e dessa forma auxiliar no cuidado e na produção acadêmica de enfermagem.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Climatério; Cuidados de Enfermagem.

**ABSTRACT:** The climacteric is a period experienced in a unique way, where every woman, inserted in its sociocultural context, find ways of how to live this phase. This study investigated how women, treated at a teaching hospital in southern Brazil, experiencing climacteric. Developed a field research, descriptive and qualitative approach. The subjects were 10 women who participated in the waiting room and living the climacteric, what happens in the gynecology outpatient clinic of the University Hospital of Santa Maria. We

used the semi-structured interview technique, with subsequent thematic analysis. The results indicate women's knowledge about climateric often socioculturally constructed, issues of sexuality, family, the medicalization of the body, and care about their own health, locating the role of the nurse on the experience of climacteric women. This study allowed expanding knowledge about the experience of climateric, and thus assisting in the care and nursing academic production.

**DESCRIPTORS**: Nursing; Climacteric; Nursing Care.

**RESUMEN**: El climaterio es un periodo vivido de manera única, donde cada mujer en su contexto sociocultural, encuentra maneras de cómo vivir esta fase. Este estudio investigó cómo las mujeres atendidas en un hospital universitario en el sur de Brasil experimentan lo climaterio. Se desarrolló un trabajo de campo, enfoque cualitativo descriptivo. Los sujetos fueron 10 mujeres que participaron en la sala de espera en la consulta de ginecología climaterio del Hospital Universitario de Santa Maria. Se utilizó técnica de entrevista semi-estructurada, con análisis temático posterior. Resultados acercaron a las mujeres a aprender acerca de lo climatério a menudo socioculturalmente construidos, la sexualidad, la medicalización del cuerpo, preocupación con su propia salud, colocando el papel de la enfermera en la experiencia de las mujeres climatéricas. Así, se amplió el conocimiento sobre la experiencia de la menopausia, y por lo tanto ayudar en el cuidado y la producción académica de enfermería.

**DESCRIPTORES**: Enfermería; climatério; Atención de Enfermería

## INTRODUÇÃO

O contexto cultural das mulheres permeia os significados que elas atribuem ao modo como vivenciam cada etapa de suas vidas. Dessa forma, a vivência do climatério corresponde a um momento singular, que muitas vezes torna-se solitário, sendo necessário que seja partilhada sem medos ou julgamentos, pois esse evento precisa ser compreendido como algo que se manifesta de forma multifatorial.[1] Nesse sentido, ao vivenciar esse período, a mulher passa por uma experiências nos âmbitos social, pessoal e profissional.[2] Tais experiências se entrelaçam com as manifestações próprias deste período interferindo tanto de modo negativo como de forma positiva. Assim, o climatério é considerado um evento fisiológico que pode se estender até os 65 anos, e demarca a perda da função reprodutiva da mulher, sendo o marco desse período a menopausa, caracterizada pelo o último ciclo menstrual após 12 meses de sua ocorrência.[3] Frente a isso, torna-se importante compreender que o climatério não é uma doença, mas sim, uma fase da vida da mulher, em que muitas mudanças de ordem hormonal, emocional, social, familiar e pessoal podem ocorrer. Dados epidemiológicos recentes demonstram que o público feminino no Brasil corresponde a 51% da população, e representa a maioria da população idosa.[4] Ainda,

conforme essa mesma fonte, há no país cerca de 30 milhões de mulheres na faixa etária de 35 a 65 anos, o que representa cerca de 20% de mulheres em período do climatério. Diante desta realidade que se apresenta do contexto feminino, esse período convida a mulher a redescobrir o próprio corpo, o sentido da vida, do que foi vivido e do que há por vir. Portanto, cabe ao enfermeiro, estar atento ao modo como a mulher vivencia essa fase, para prestar uma assistência capaz de identificar suas necessidades de cuidado, criar vínculo, escutá-la, trazê-la para pensar a respeito dos cuidados com seu corpo e das mudanças que passam a acontecer. São fundamentais as iniciativas que contemplem a atenção à saúde, incluindo a possibilidade de troca de experiências, acesso a informações em uma assistência holística, para que a mulher climatérica alcance a autovalorização e a autoestima, que são basilares ao bem-estar e à longevidade com saúde e dignidade. Para que as mulheres possam vivenciar o período do climatério com qualidade, torna-se necessária a adequada atenção a elas nessa etapa da vida. Porém, o que se mostra é que alguns enfermeiros têm pouco conhecimento sobre esse período, bem como sobre as manifestações, as mudanças que ocorrem e quais ações devem realizar.[5] Os mesmos autores referem que isso está atrelado ao fato de que, na graduação de enfermagem, esse assunto não é abordado na sua real complexidade e importância, repercutindo assim na assistência específica para aquele grupo de mulheres. Justifica-se assim, o interesse em desenvolver o presente estudo, pois se entende ser fundamental compreender a vivência do climatério por mulheres e suas necessidades de cuidado. Além disso, reitera-se que a agenda de prioridades em pesquisas na saúde, do Ministério da Saúde, enfatiza a investigação dos determinantes biológicos e socioculturais dos problemas de saúde associados ao climatério, e com relação às práticas de cuidado à saúde da mulher nesta fase.[6] Para isso foi desenvolvida uma pesquisa intitulada “O vivenciar do climatério na ótica de mulheres: contribuições para a enfermagem e saúde” que buscou conhecer como é a vivência do climatério para mulheres atendidas em um hospital de ensino do sul do Brasil.

## OBJETIVO

Apresentar um recorte da referida pesquisa acerca do perfil das mulheres e das práticas de cuidado realizadas por elas no climatério.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva com abordagem qualitativa. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, tendo como sujeitos 10 mulheres climatéricas e que estavam em atendimento no ambulatório de ginecologia de um hospital universitário do interior do RS. A coleta de dados ocorreu entre abril e maio, e os dados obtidos nas entrevistas foram analisados de acordo com a análise temática.7 O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o CAAE 14188913.0.0000.5346. Para a execução da pesquisa foram observadas as normas da até então Resolução nº 196/96

do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regia as pesquisas envolvendo seres humanos.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As mulheres apresentaram idade entre 43 e 63 e com relação as idades de ocorrência da última menstruação, estiveram entre 39 e 55 anos. Tais dados vão ao encontro de outro estudo que identificou a ocorrência da menopausa entre 39 e 58 anos.[8] Além disso, das 10 mulheres entrevistas, duas referiram apresentarem irregularidade menstrual no período do climatério. A respeito da profissão, duas mulheres trabalhavam como empregadas domésticas, quatro aposentadas, uma do lar, duas agricultoras e uma artesã. Sobre a escolaridade das mulheres têm-se sete com o ensino fundamental incompleto; uma com Ensino médio incompleto e duas com ensino médio completo. Diferentemente, outra pesquisa evidenciou a presença de mulheres analfabetas como sendo a maioria das entrevistadas e com ensino superior uma minoria.[9] Quanto a situação conjugal das mulheres, observou-se que 9 eram casadas e 1 divorciada, mas que tem um companheiro, e de acordo com outro estudo, a maioria das mulheres pesquisadas eram casadas.10 Sobre o número de filhos, 5 mulheres referiram terem 3 filhos, duas 4 filhos, uma 2 filhos e duas 1 filho. Das 10 mulheres entrevistas, 6 referiram que moram com o esposo, uma com a cunhada e as demais com esposo e outro(s) familiar(es). Quatro mulheres residem na cidade de Santa Maria e as demais em outras cidades, uma de Quevedos, uma de Silveira Martins, uma de Restinga Seca, uma de Toropi e duas de Mata. Além destes dados referentes ao perfil das mulheres entrevistadas, o tratamento dos dados conduziu para o conhecimento das práticas de cuidado realizadas pelas mulheres no período climatério que serão apresentadas a seguir. Observou-se que o cuidado manifesta-se por meio de uso de terapias alternativas, uso de medicamentos, por atitudes que colaboram com a autoestima e a qualidade de vida bem como por momentos de lazer. Nesse contexto apresentado pelas mulheres, o papel do enfermeiro como mediador desse cuidado deve se fazer presente ao demonstrar seu apoio e compreensão. Os efeitos da depleção hormonal interferem no modo de como mulher climatérica enfrenta o seu cotidiano. O corpo que sente calores, que não sente mais libido, que perde a vitalidade, que sente dores no corpo, que fica deprimido, é o mesmo corpo que se relaciona, que precisa de atenção, de cuidados, e ser compreendido. O modo como se dá o enfrentamento dessa fase, das queixas e das dificuldades depende do que cada mulher aprendeu, por meio de costumes, experiências e crenças. O climatério é visto por grande parte das pessoas como um período desconhecido e carregado de mistérios, que lembra o envelhecimento e todas as perdas e ameaças que este representa, criando um silêncio em torno deste período que pode levar a mulher sentir constrangimento e se manter no anonimato.[2] Nesse contexto que envolve o climatério, o envelhecimento enquanto processo natural, mobiliza uma série de sentimentos, onde o entendimento a respeito do climatério varia de acordo com a cultura, o nível socioeconômico e fatores individuais.[11] Muitas mulheres têm uma passagem pelo climatério sem queixas e

conseguem viver bem com as manifestações que surgem e estão vivenciando esta fase com menos iniquidade, embora existam muitos desafios a serem superados, principalmente no que diz respeito a qualidade de vida, que muitas vezes é afetada pelas queixas que podem ser agravadas pelo seu contexto de vida. Nesse encontro, a depleção hormonal, a história de vida pessoal e familiar, as experiências afetivas, o espaço social que a mulher ocupa, a etnia, a raça, a classe social e o momento contemporâneo são alguns aspectos que se entrelaçam e condicionam o modo de vivenciar o climatério.[8] Dessa forma, as mulheres climatéricas podem trazer inúmeras demandas e cabe a cada profissional dentro de seu núcleo de saber, auxiliar esta mulher em busca de um cuidado integral e uma atenção humanizada. As entrevistadas apontaram alternativas de cuidado para tratar os sintomas específicos do climatério. Nessa linha de pensamento, apresentam-se as falas a seguir: M1*: "Quando o calor esta demais eu tomo um banho frio, aí alivia aquele calorão. [...] Andei tomando um chá, que foi o que diminuiu bastante, aquele chá da folha de amora."*, M9*: "Quando trabalhava na pastoral da criança e a gente trabalhava muito com ervas e coisas assim, foi falado para tomar chá de uma folha, uma tal de sussaia, que diz que ela repõe os hormônios. Eu tomei muito tempo*" e a M10: *"Olha, faço aqueles sucos, que sei que é bom. Eu coloco uma folha de couve, uma rodela de gengibre, uma rodelinha de limão e um copo de água e bato no liquidificador e tomo. Parece que aquilo ali limpa a gente, o sangue".* Quando questionadas sobre os cuidados que realizam, as mulheres relataram cuidados gerais com a saúde e uso de chás e sucos caseiros, práticas estas aprendidas no seu meio, nas relações que constroem e notadamente nas influências que recebem. As práticas integrativas e complementares se inserem no modelo assistencial holístico, estabelecendo o equilíbrio entre a ciência, a tecnologia e a humanização. Com isso a partir de estratégias terapêuticas diferenciadas, centradas na visão generalizada, é valorizado o cuidado a partir do uso de recursos mais simples, baratos e seguros. Dessa forma, o profissional que cuida da mulher climatérica deve considerar tal prática de cuidado popular, viabilizando um cuidado singular, centrado em suas crenças, valores e estilo de vida.[12] As práticas de cuidado que as mulheres desenvolveram são calcados no conhecimento popular, procurando soluções "caseiras" para aliviar seus desconfortos, sejam eles relacionados ao climatério ou não. É preciso salientar que o tratamento medicamentoso não hormonal pode melhorar as queixas vasomotoras, sobretudo quando leves ou moderados. As mulheres com quadros de ansiedade e/ou depressão, relacionados ou não ao climatério, podem se beneficiar também com esses recursos. As principais indicações dessa modalidade terapêutica são para mulheres que não desejam a hormonioterapia, mulheres que apresentam efeitos colaterais durante o tratamento ou tem contraindicação.[11] Contudo a maioria das mulheres faz uso de reposição hormonal e antidepressivos, como constatado pelas entrevistadas. M3*: "[...] quando fui ao meu ginecologista ele disse pra usar um hormônio, mas isso depois de anos de sofrimento, ele disse se colocar um hormônio vai mudar tua vida.... aquilo deixava a pele, o rosto, o cabelo, tudo maravilhoso."* e a M8*: "Até pra dormir tomo um remedinho, se não, não consigo dormir, sempre tem alguma*

*coisa na cabeça.".* A medicalização do corpo feminino há tempos está subordinada à medicina que, culturalmente, tem certa apropriação sobre o corpo humano. Questiona-se, quem melhor para conhecer o próprio corpo, se não a mulher que vivencia o climatério e traz nele as inscrições das experiências do seu vivido? Visualiza-se que na grande maioria das vezes a dificuldade de comunicação revela o reducionismo biomédico para prescrição medicamentosa e a exclusão da experiência dos sujeitos quando vão à procura de atendimento médico para entender a fase que estão vivendo. Evidenciou-se que muitas mulheres enfrentam queixas intensas, e que os medicamentos contribuem para o alívio dos sintomas e para a qualidade de vida. Nesse sentido, a terapêutica hormonal (TH), quando adotada, deve ser individualizada às necessidades da mulher e condicionada à fase em que ela se encontra, isto é, na transição menopausal (perimenopausa) ou após a menopausa.[11] Nessa direção, torna-se fundamental apresentar às mulheres outras opções de cuidado, tendo em mente que diferentes opções e estratégias podem e devem conviver como direito de escolha da mulher, assim como o uso de reposição hormonal. Elas devem receber esclarecimentos sobre seu uso, sobre as diversas possibilidades das vias de administração e combinações hormonais para cada especificidade da mulher. A instituição de tratamento específico, como a terapêutica medicamentosa hormonal ou não hormonal e/ou terapias não medicamentosas podem ser necessárias quando bem indicadas.[11] O tratamento pela administração de hormônios visa, em especial, combater as manifestações vasomotoras, o ressecamento vaginal (que causa a dispareunia) e da pele, preservara massa óssea, melhorar o sono, impedir a deteriorização da função cognitiva e estimulara libido. Algumas mulheres que passam pelo climatério podem não receber a devida atenção, o que não significa que toda mulher deve ser tratada como portadora de doença, mas que a assistência deve identificar se há necessidades que devem ser priorizadas sem trazer prejuízos na sua qualidade de vida. Além disso, há as mulheres que não procuram atendimento de saúde, pois pensam que suas queixas, embora incômodas à elas, não merecem atenção por serem naturais do próprio período do climatério.[8] É necessário que seja oferecido à mulher, se possível antes de vivenciarem esta fase, informações sobre hábitos de vida e cuidados preventivos, que possibilitem manter sua qualidade de vida quando vivenciarem o climatério.[13] Quanto aos cuidados que contribuem para uma melhor qualidade de vida no climatério, foram salientadas algumas atitudes importantes pelas entrevistadas como atividade física, alimentação saudável, evitar o tabagismo, entre outros. A alimentação equilibrada é fundamental para promover a saúde da mulher climatérica, uma vez que o consumo alimentar inadequado constitui-se como um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças altamente prevalentes nessa fase da vida. A fala a seguir evidencia isso: M3: *"Eu me cuido, eu parei de fumar [....] e assim, eu acho que uma boa caminhada, uma alimentação saudável, eu posso dizer que eu tenho uma alimentação saudável, porque a minha comida faço eu*" e a M6*: "Se tu comer aveia regularmente, aquilo vai te fazer bem. A gente vai envelhecendo e o organismo vai mudando. Então tu tem que aprender a viver melhor com teu organismo, pra ti não ter problema. Até assim,*

*como vou te dizer, fumar eu não fumo, eu tomava uma cervejinha, não tomo mais, refrigerante já não tomo mais, água já adotei tomar mais, tanto faz inverno ou verão, sempre tô com a minha garrafinha...sempre tomando água [...] tô aprendendo né?"*. As mulheres demonstraram conhecimento acerca da importância da alimentação saudável, do exercício físico, da maior ingesta de água nesta fase de vida, de não fumarem e não ingerirem bebida alcoólica. Verbalizaram que sabem dos cuidados para a saúde, no entanto realizá-los é uma questão pessoal e cabe ao enfermeiro orientar, esclarecer e reforçar as práticas adequadas de cuidado a saúde. A vida sedentária, a falta de incentivo social, os problemas psicológicos e as relações interpessoais ineficazes, levam a práticas não valorizadas no que tange ao autocuidado.[14] Ainda neste contexto, o enfermeiro atua na condição de agente transformador, principalmente por se ocupar da educação em saúde. As ações desenvolvidas pelo enfermeiro devem construir, junto com as mulheres climatéricas, um futuro com mais qualidade e poder de decisão sobre o período em que se encontra, mediante escolhas com conhecimentos obtidos não somente no seu meio social, mas principalmente instrumentalizados com outras fontes de saber.[5] A mulher climatérica passa por uma experiência existencial intensa no cenário das relações social, conjugal, profissional e espiritual, sofrendo influências do seu contexto de vida, principalmente, da sua família, o que pode acarretar inúmeras mudanças no seu contexto de vida e na vivência do climatério.[2] As mulheres que se encontram no climatério precisam ser estimuladas a se olharem de um modo diferente, para que percebam que sua beleza está na maturidade alcançada, nas experiências construídas, estimulando-as pela busca da autoconfiança. No entanto, na grande maioria das vezes a ideologia da beleza está ligada quase que exclusivamente a mulher jovem, como se o belo e o bonito estivessem apenas na juventude.[15] É essencial que a mulher que vivencia o climatério sinta-se bem, trabalhe sua autoestima e receba orientações quanto aos cuidados para seu corpo e sua mente. Isso se justifica nas falas a seguir: M3*: "Quando eu estou mais ou menos, coloco uma música de religião[...];* M9: *"Ahh, eu sou muito vaidosa. Gosto de me cuidar, usar meus produtos, meus cremes, minhas coisas [...] Trabalhei 30 anos numa farmácia e 16 anos que vendo Natura e Boticário. Saio de manhã, às 9h, e ando o dia inteiro*" e a M10: *"O que não me deixa cair muito é esse joguinho que eu tenho. Levanto de manhã, vou limpar a casa, fazer meu serviço, tomo meu banho e vou pra lá né. E lá a gente tem uma turma, a gente conversa, a gente brinca, tem cafezinho, chazinho. Então isso é uma coisa que me alegra né!"*. As falas citadas explicitaram o quanto ter uma atividade de lazer, como a dança, a música, o artesanato ou até mesmo encontrar outras opções de trabalho após a aposentadoria, as deixam felizes e realizadas. Devem-se prezar as necessidades de orientação e o desenvolvimento de um programa de atenção que contemple a troca de informações e das experiências vivenciadas, permitindo também o acesso aos serviços de saúde. Tais ações possibilitam que as mulheres nesta fase de vida alcancem a autovalorização e a autoestima, que são fundamentais para o resgate do bem-estar, e desfrutem de uma vida digna e saudável.[10] Os profissionais, por meio das atividades

educativas multidisciplinares, podem colaborar na tentativa de esclarecer concepções errôneas, duvidosas ou preconceituosas sobre o climatério, possibilitando o desenvolvimento de um novo olhar sobre este ciclo vital e outras formas de cuidado. O enfermeiro ao intervir no cuidado à mulher no climatério torna acessíveis as informações para seu bem estar e assim promover hábitossaudáveis de vida.[14] É preciso, desse modo, que exista um espaço para manifestar a suas percepções e sentimentos acerca do momento que está vivenciando e as suas dificuldades pessoais, devendo ser informada sobre as mudanças que o seu corpo está sofrendo e as implicações para a sua saúde.[16] Segue a fala de M3: *"Aqui o climatério é tratado, que é essa conversa que a gente tem"*. Esta fala é uma referência a sala de espera que é realizada no ambulatório, deixando claro que este espaço tem sua importância para a qualidade de vida das mulheres. Nesse sentido, embora apenas uma mulher tenha referido a sala de espera como uma forma de cuidado com sua saúde, é de grande relevância proporcionar um espaço que contribua para um viver saudável destas mulheres e estas possam compreender este momento como uma forma de cuidar da sua saúde. Revelou-se a necessidade de ser repensado o atendimento à mulher que vive o climatério, de modo a valorizar a escuta de seus questionamentos, dificuldades e experiências, com a finalidade de prepará-las para superar o desconhecimento, a fragilidade, o medo e vivenciar o climatério sem mistérios, ajustadas, capazes de superar seus problemas de forma mais harmoniosa e consciente.[9] As mulheres necessitam, além de esclarecimento sobre o que acontece com o corpo em mudança, de oportunidades para abordar a ambiguidade entre os estereótipos culturais da mulher climatérica e suas experiências pessoais.[5] Nesse sentido, uma abordagem acolhedora e humanizada se baseia especialmente na possibilidade do acesso ao serviço, na resolutividade das demandas apresentadas e identificadas. Orientações sobre dieta, atividade física, combate ao tabagismo e ao etilismo, na prevenção de doenças e no controle periódico da saúde, são aspectos que o enfermeiro pode abordar junto à assistência a mulher, mas, sobretudo, precisa escutá-la a respeito de como é sua vida, suas dificuldades e os cuidados que realizam no seu cotidiano.

## CONCLUSÃO

As práticas de cuidado realizadas pelas mulheres evidenciaram os cuidados gerais para a saúde e também outros cuidados para a fase da vida que estão vivenciando, seja pelo uso de terapias alternativas ou pelo uso da terapia de reposição hormonal. Diante do corpo que manifesta todo o tipo de sensações, e queixas desagradáveis, a maioria das mulheres faz uso de reposição hormonal e revela o alívio dos sintomas por meio deste uso. Nestes cenários de atenção à saúde da mulher que vivencia o climatério, a enfermagem precisa acolher o saber trazido, os cuidados que realizam no seu cotidiano sendo necessário lançar múltiplos olhares para essas mulheres que na grande maioria das vezes são invisíveis aos serviços de saúde. Além de incentivar o autocuidado por meio de terapias alternativas, o enfermeiro deve estimular as mulheres que vivenciam o climatério na busca da autoestima, os cuidados

com a beleza, as opções de lazer que contribuem para a melhora da qualidade de vida, pois favorecem a socialização, a qual pode minimizar os aspectos conflituosos que, muitas vezes, se estabelecem nessa fase da vida. O enfermeiro encontra na educação em saúde a possibilidade de construir aprendizados junto às mulheres, possibilitar o conhecimento acerca do uso de reposição hormonal, assim como a troca de experiências. Além disso, podem-se incentivar as mulheres que vivenciam o climatério na busca de modos saudáveis de viver, com respeito e construção da cidadania e autonomia. Evidenciou-se a importância que as abordagens de caráter multidisciplinar e interdisciplinar representam, onde o cruzamento de saberes permite acolher as mulheres com vistas para a promoção e qualidade de vida, proporcionando a essa parcela crescente da população, um cuidado integral e individualizado, considerando a multiplicidades de fatores envolvidos no climatério. Assim, para prestar um cuidado efetivo, torna-se fundamental conhecer as queixas decorrentes desse período que pode ser agravada pelas condições particulares de vida de cada mulher.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS**

1. Zanotelli SS, Ressel LB, Borges ZN. Cuidado no Climatério: um olhar interdisciplinar. In: Ferraz L (Org). Os Caminhos do Cuidado na Enfermagem. Florianópolis: Editora Universitária; 2011.44-57.

2. Landerdahl MC. Mulher climatérica: uma abordagem necessária ao nível da atenção básica. Revista Nursing. 2002; 5(47):20-25.

3. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Climatério: manual de orientação. São Paulo: Ponto, 2004.

4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua de vida: tábua completa de mortalidade – sexo feminino. 2010. [citado em 10 out 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/tabuadevida/textomulhers2000.shtm.

5. Beltramini ACS, Diez CAP, Camargo IO, Preto VA. Atuação do enfermeiro diante da importância da assistência à saúde da mulher no climatério. REME rev. min. Enferm. 2010;14(2): 166-174.

6. Ministério da Saúde (BR), Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

8. Pitombeira R, Lima FET, Magalhães FJ, Custódio IL, Oliveira SKP. Sintomatologia e modificações no cotidiano das mulheres no período do climatério. Cogitare Enferm. 2011;16(3);517-23.

9. Freitas KM, Silva ARV, Silva RM. Mulheres vivenciando o climatério. Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá. 2004; 26(1):121-128.

10. Valença CN, Azevêdo LMN, Malveira FAZ, Germano RM. Conhecendo a si mesma: olhares femininos sobre menopausa e climatério. Rev enferm UFPE on line [internet] 2010 [citado 2013 jun 11];4(2):792-801. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/980/pdf_59.

11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

12. Badke M R, Budo MLD, Silva FM, Ressel, LB. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. Esc. Anna Nery. 2011;15(1):132-39.

13. Kantoviski ALL, Vargens OMC. O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. Rev. Eletr. Enf [internet] 2010 [citado 2013 jun 05];12(3);567-70. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a22.htm.

14. Sousa J L, Zveiter M, Almeida VLM, Menezes HF, Mara G, Alves R. Educação em saúde como ferramenta à mulher no climatério: subsídios para o cuidado de enfermagem, R. pesq.: cuid. fundam. on line [internet] 2011 [citado 2013 jun 13];3(4);2616-22. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1485/pdf_471.

15. Araújo IA, Queiroz ABA, Moura MAV, Penna LHG. Representações sociais da vida sexual de mulheres no climatério atendidas em serviços públicos de saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2013;22(1):114-22.

16. Lorenzi DRS, Catan LB, Moreira K, Ártico G R. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. Rev Bras Enferm, Brasília. 2009;62(2):287-93.

# PRINCIPAIS FATORES FETAIS QUE INFLUENCIAM A MORBIMORTALIDADE INFANTIL E/OU NEONATAL NA REGIÃO SUL DO BRASIL

# MAIN FACTORS AFFECTING FETAL INFANT MORTLITY AND / OR THE NEWBORN IN SOUTHERN BRAZIL

# PRINCIPALES FACTORES QUE AFECTAN MORTALIDAD INFANTIL FETAL Y / O EL RECIÉN NACIDO EN EL SUR DE BRASIL

PUCINI, Juliana de Oliveira[1]
SANTOS, Juliana Pereira Goularte Gomes[2]
POMPEU, Kelen da Costa[3]
ZAMBERLAN, Kellen Cervo[4]
NEVES, Eliane Tatsch[5]

1 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria UFSM, bolsista UTI Pediátrica HUSM. E-mail: julypuccini@gmail.com
2 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria UFSM, Bolsista Unidade Pediátrica HUSM, jueedipo@gmail.com
3 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: kperottoni@gmail.com
4 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria- RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado a Saúde das Famílias, Pessoas e Sociedade PEFAS-UFSM. E-mail: kellencz@hotmail.com
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do grupo de pesquisa: cuidado à saúde das pessoas, famílias e comunidade PEFAS/UFSM. E-mail: elianeves03@hotmail.com

**RESUMO:** Devido à vulnerabilidade da faixa etária de menores de um ano, a mortalidade infantil tem sido considerada importante indicador para medir a situação de saúde e a qualidade das ações de saúde de uma população[3]. Ter o conhecimento sobre estes nascimentos, a mortalidade e vitalidade destes neonatos nos dará a oportunidade de planejar ações concretas que beneficiarão a manutenção da saúde e também o cuidado integral com a família. O objetivo foi analisar as produções acerca de morbimortalidade infantil relacionados a fatores fetais e fatores imediatos do recém-nascido ocorridos na região sul do Brasil através de revisão narrativa da literatura de abordagem descritiva. Resultados: As publicações encontradas almejavam dados e cruzamentos de fatores maternos evitáveis, conduzindo para um promoção da saúde efetiva e pontual. Em nenhum artigo houve a perspectiva de perda e cuidados com o familiar e investigação da causa ou o levantamento

de nascimentos de risco inevitáveis que farão parte da base de cuidados que onerará familiar, comunidade, governo. Prematuridade e baixo peso ao nascer junto a afecções perianatais estão presentes nos artigos como as principais causas de mortalidade infantil vindo de encontro com os índices na federação. Ainda não há um banco de dados que acompanhe esta demanda na assistência a saúde seja do familiar que perdeu uma criança, seja o familiar que permaneceu com o filho em condições especiais de saúde.

**DESCRITORES:** Mortalidade neonatal; Fatores de risco; Enfermagem pediátrica.

**ABSTRATC:** Due to the vulnerability of the aged under one year, infant mortality has been considered an important indicator to measure the health status and quality of health of a population3. Having knowledge about these births, mortality and vitality of these neonates will give us the opportunity to plan concrete actions that will benefit the maintenance of health and also comprehensive care with family. The objective was to analyze the productions about infant mortality and fetal factors related to immediate factors of the newborn occurring in southern Brazil through narrative literature of descriptive approach. Results: The data and publications found longed crossings preventable maternal factors, leading for health promotion effective and timely. In no article there was the prospect of loss and care of the family and investigation of the cause or the survey of births inevitable risk that will be part of the basic care that encumber family, community, government. Prematurity and low birthweight along the perianatais disorders are present in the articles as the main causes of infant mortality come from meeting with the indexes in the federation. There is not a database that accompanies this demand in health care is the family who lost a child or the family who remained with the child in special health conditions.

**DESCRIPTORS:** Neonatal mortality, Risk factors, Pediatric nursing.

**RESUMEN:** Debido a la vulnerabilidad de los menores de un año, la mortalidad infantil ha sido considerada como un indicador importante para medir el estado de salud y la calidad de la salud de un población3. Tener conocimiento acerca de estos nacimientos, la mortalidad y la vitalidad de estos recién nacidos nos dará la oportunidad de planificar acciones concretas que beneficien a la conservación de la salud y la atención integral también con la familia. El objetivo fue analizar las producciones sobre la mortalidad infantil y los factores fetales relacionadas con factores inmediatos de la ocurrencia del recién nacido en el sur de Brasil a través de la literatura narrativa de enfoque descriptivo. Resultados: Los datos y las publicaciones encontradas cruces prolongados factores maternas prevenibles, lo que lleva a la promoción de la salud eficaz y oportuna. En ningún artículo que había la posibilidad de la pérdida y el cuidado de la familia y la investigación de la causa o el estudio de los nacimientos inevitable riesgo de que formará parte de los

cuidados básicos que gravar la familia, la comunidad, el gobierno. La prematuridad y el bajo peso al nacer a lo largo de los trastornos perianatais están presentes en los objetos como las principales causas de mortalidad infantil provienen de reunión con los índices de la federación. No existe una base de datos que acompaña a esta demanda de atención de la salud es la familia que perdió a un niño o la familia que se quedó con el niño en condiciones especiales de salud.

**DESCRIPTORES:** Mortalidad Neonatal; Factores de riesgo; Enfermería pediátrica.

**INTRODUÇÃO**

Vivemos na era do avanço do conhecimento técnico e científico, da divulgação de recentes e fantásticas pesquisas, porém permanece o desafio aos gestores: o controle da morbimortalidade, da manutenção da saúde, do uso de conhecimentos e de instrumentos e formas capazes de garantir a vida de maneira humanizada e próxima ao fisiológico. No Brasil, 6,7% dos nascidos vivos (NV) foram pré-termo em 2008, variando entre 4,8 e 7,7% nas regiões Norte e Sudeste, respectivamente, e 0,7% foram pós-termo. Os estudos apontam que este aumento está relacionado às taxas crescentes de cesarianas programadas com interrupção indevida da gravidez, sem justificativa médica, tendo como consequência a prematuridade iatrogênica e aumento do risco de morte infantil e perinatal mesmo entre os RN prematuros tardios com peso adequado ao nascer[1]. O baixo peso ao nascer (< 2.500g) é o fator de risco isolado mais importante para a mortalidade infantil. É maior nos extremos de idades da mãe e está em torno de 8% no País: 7,9% em 1996, 8,2% em 2007 e 9,3% em 2008. A prevalência é maior no Sudeste (9,1%) e no Sul (8,7%), o que pode estar associado a maiores taxas de cesariana. Crianças de muito baixo peso ao nascer (<1.500g) representam de 0,9% (no Norte) a 1,4% (no Sudeste) dos nascidos vivos. Embora essa prevalência não seja alta, 26,2% (região Norte) e 39,% (região Sul) dos óbitos infantis ocorrem nesse grupo de bebês, o que reforça a importância da organização do sistema de assistência de saúde à gestante e ao RN de risco[2]. Devido à vulnerabilidade da faixa etária de menores de um ano, a mortalidade infantil tem sido considerada importante indicador para medir a situação de saúde e a qualidade das ações de saúde de uma população[3]. Ter o conhecimento sobre estes nascimentos, a mortalidade e vitalidade destes neonatos nos dará a oportunidade de planejar ações concretas que beneficiarão a manutenção da saúde e também o cuidado integral com a família. O componente neonatal da mortalidade infantil é aquele estreitamente vinculado aos cuidados no período da gestação, do nascimento e do recém-nascido. Implica, portanto, o acompanhamento por parte dos profissionais de saúde em todo ciclo de gestação, a atenção adequada no momento do nascimento e os cuidados destinados aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade[4]. A gravidez na adolescência é fator de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais, tais como baixo ganho de peso materno, desproporção cefalopélvica, pré-eclâmpsia, prematuridade, baixo peso ao nascer e Apgar baixo no quinto

minuto[5] . O peso ao nascer representa o fator de risco que mais influencia a sobrevivência infantil[6]. A prematuridade também interfere na convivência familiar, no relacionamento, na proximidade, nos cuidados e na amamentação. As mães, ao se defrontarem com a vivência da hospitalização de seu filho, se deparam com as impossibilidades citadas e mostram-se ansiosas, com dúvidas e dificuldades diante dessa realidade[7]. O baixo peso ao nascer sempre foi motivo de preocupação para os profissionais da área de saúde, por se associar à maior morbimortalidade neonatal e infantil. Quanto ao peso ao nascer, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como BPN o recém-nascido com peso de nascimento menor que 2.500g, independente da idade gestacional. O BPN foi detectado como um fator determinante importante da desnutrição reflete as condições nutricionais tanto do recém-nascido como da gestante, influencia o crescimento e desenvolvimento da criança e, em longo prazo, repercute nas condições de saúde do adulto[6]. Sobre gestação múltipla, a simples presença de mais um feto aumenta a chance de fetos prematuros, hipertensão arterial, ruptura das membranas e morte fetal intraútero[8]. Deste modo, questionou-se: Quais os principais fatores fetais que influenciam a morbimortalidade infantil e/ou neonatal na região sul do Brasil? Pesquisar estes eventos oportunizará uma nova discussão do que se tem realizado no âmbito de família, comunidade e estado e politicas públicas. Dará a visão de quantos óbitos podemos pactuar nestas regiões, o que podemos realizar de ações de saúde para minimizar o sofrimento do familiar que perde uma criança e planejar os custos de manutenção de uma saúde pautada de cuidados. Objetivo: analisar as produções acerca de morbimortalidade infantil relacionados a fatores fetais e fatores imediatos do recém-nascido ocorridos na região sul do Brasil.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com uma abordagem descritiva. Para a elaboração deste tipo de pesquisa, realizaram-se seis etapas propostas: identificação do tema, elaboração da questão de pesquisa, o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, a seleção dos elementos a serem extraídos dos estudos selecionados e a consequente categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos, a interpretação dos resultados, e por fim apresentar a síntese do conhecimento[9]. A coleta de dados ocorreu durante o mês de Julho de 2013 na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando seguinte estratégia de busca: “mortalidade neonatal” *and* “fatores de risco”. Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos de pesquisas disponíveis na íntegra, *online* e gratuito; em inglês, português ou espanhol; publicados nos anos de 2009 a 2013 e que foram produzidos nos três estados da região sul do Brasil (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul). Os critérios de exclusão estipularam-se: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos e que não pertenciam à temática proposta. Inicialmente foram encontrados 26 estudos, posteriormente, aplicando os critérios de inclusão e exclusão, restaram sete artigos que compuseram o *corpus* do estudo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para facilitar a leitura os artigos foram marcados de A1 a A7, sendo estes encontrados junto às referências identificados com tais marcadores. Nos estudos, o artigo A1 traz que prematuridade no município de Pelotas (RS) esteve presente em 60% das mortes no primeiro ano, e destes, houve referência à síndrome da angústia respiratória neonatal em 71,8% dos recém-nascidos. A morte súbita foi identificada como a causa da morte em cada quatro crianças e sífilis congênita em dois. A incidência de mortes foi significativamente maior entre crianças com baixo peso ao nascer (<2.500 g) e parto prematuro (<37 semanas de idade gestacional). O risco também foi maior entre aqueles com história de complicações neonatais, para aqueles que não começaram a amamentação nas primeiras 24 horas de vida, e para aqueles com Apgar no 5º minuto menor que 7. O artigo A2 expõe a proporção de recém-nascidos de baixo peso em Passo Fundo (RS) foi de 11,7%. Dos determinantes intermediários, a variável antecedente de filhos mortos mostrou-se associada ao óbito infantil com uma magnitude estatística de pequeno efeito. Os determinantes biológicos relacionados à criança tiveram maior participação nos óbitos infantis. As crianças nascidas com baixo peso (< 2500g) apresentaram riscos relativos de 6,7 a 10,8, enquanto que para os de muito baixo peso (< 1500g) o risco foi de 79,7. Os nascidos vivos com escore de Apgar inferior a sete no quinto minuto de vida apresentaram um risco de morte 8,7 vezes maior do que os nascidos com escores superiores a sete e a ausência de aleitamento materno conferiu às crianças um risco de 15,75 em relação àquelas amamentadas. O artigo A3 revela que no município de Guarapuava (PR) o grupo de recém-nascidos com peso menor que 2.500g foi heterogêneo, pois decorreu de duas condições adversas, prematuridade ou restrição do crescimento intrauterino, que podem atuar de forma isolada ou sinérgica e em graus variáveis. Quanto à má formação congênita, o estudo evidenciou a sua presença em 2% dos nascidos vivos. Em relação ao tempo da gestação para 74% dos nascidos, esse período foi de 32 a 36 semanas; 20% tiveram tempo de gestação de 28 a 31 semanas; e para 6% o tempo de gestação foi de 22 a 27 semanas. Além disso, considerando-se prematuridade extrema, ou seja, tempo de gestação menor que 31 semanas, foi observada uma frequência de 26% para os prematuros nascidos vivos. Quanto ao tipo de gravidez, 95% dos partos foram de gravidez única, enquanto 5% foram de gravidez dupla. No que se refere ao índice de Apgar entre todos os prematuros, um percentual de 17% obteve índice de Apgar insatisfatório no quinto minuto de vida. E somando-se as faixas com índice satisfatório, temos 79%, indicando que, mesmo que tenham nascido com dificuldades, houve recuperação rápida na avaliação após 5 minutos e isso indica um bom prognóstico e grandes chances de sobrevida. Quanto à má formação congênita, o estudo evidenciou a sua presença em 2% dos nascidos vivos, o que está de acordo com a incidência observada em pesquisas na literatura. O artigo A4 traz que no estado do RS as principais causas de mortalidade infantil foram as afecções perinatais (8,52 %), seguido pelo grupo de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (3,33%). A5 mostra através de tabelas a queda do peso de nascimento em

todas as categorizações na capital do RS- Porto Alegre. O aumento das taxas de muito baixo peso em Porto Alegre, no período do estudo, impactou negativamente a tendência de mortalidade. O artigo A6 vem nos informar que em 2006, no município de Foz do Iguaçu, as três principais causas de morte foram: afecções do período perinatal (53,0%); malformações congênitas (21,0%); e doenças do sistema respiratório (4,4%). Em 2007, as duas primeiras causas sofreram uma pequena redução em sua frequência, sendo as três principais causas: afecções do período perinatal (47,8%); malformações congênitas (14,5%); e doenças do sistema respiratório (4,3%). No presente estudo, foi mostrado que as principais causas de mortalidade infantil em Foz do Iguaçu, como no Brasil, foram aquelas classificadas como afecções do período perinatal. Se confirmou a associação do baixo peso, da prematuridade e do crescimento intra-útero restrito com a mortalidade perinatal. A síndrome do sofrimento respiratório (21,0%), a hipóxia ou a anoxia (11,7%) e outros problemas respiratórios (28,7%), juntos, contabilizaram 61,4% dessas mortes. Prematuridade e baixo-peso ao nascer foram responsáveis por 13,0%, infecções neonatais (excluindo tétano) por 12,7% e outras causas por 14,0% dos óbitos. Por fim o artigo A7 traz um estudo, incluindo todos os recém-nascidos com mais de 500g ou 20 semanas de gestação internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Escola (HE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) dos 172 RN internados, 29 faleceram no primeiro mês de vida, caracterizando uma mortalidade neonatal de 16,9%. Destes 29 óbitos, 20 ocorreram na primeira semana de vida (69,2%) e nove entre a primeira e quarta semana. A amostra foi constituída de 75% prematuros; 54% com peso de nascimento inferior a 2500g; 7% apresentaram crescimento intrauterino restrito; 62,1% nasceram de parto operatório; 20,3% apresentaram escore de Apgar menor de 7 no quinto minuto de vida; 30,7% das famílias recebiam menos de um salário mínimo e 63,4% das mães não completaram o ensino fundamental. Os principais fatores relacionados com a mortalidade foram: peso de nascimento, idade gestacional, condições de nascimento, idade materna e condições socioeconômicas. A asfixia neonatal foi diagnosticada em 20,4% dos RN internados na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal caracterizada pelo escore de Apgar menor de 7 no quinto minuto de vida. A condição de nascimento foi um fator determinante para a mortalidade neonatal, principalmente quando apresenta valores de Apgar menores de 3 no 5º minuto de vida, cujo risco relativo de falecer foi de 5,33 vezes maior. Durante a internação, surgiram novas patologias ou complicações e nem sempre a causa de internação é a responsável direta e/ou única pelo óbito. Como esperado em uma população com 75% de prematuros, os problemas respiratórios são mais incidentes com predomínio da membrana hialina em 60,5%, 29 dos 172 RN foram a óbito (16,9%). Destes 29 RN falecidos, 20 (69%) apresentavam peso de nascimento menor de 1.500 gramas. O índice de óbito nesta faixa de peso é alto, alcançando 75% dos RN com menos de 1.000 gramas e 47% entre 1.000 e 1.499 gramas. Tomando-se como referência o peso acima de 2.500 gramas, cuja mortalidade nesta amostra é de 3,8%. A redução da mortalidade neonatal foi assumida como umas das metas para a redução das desigualdades regionais no País em

2009 sob a coordenação do Ministério da Saúde[10]. Isto justifica o interesse de pesquisadores em conhecer os fatores evitáveis de mortalidade infantil que são em sua maioria maternos e evitáveis. A realização de um pré-natal adequado auxilia nas medidas profiláticas que podem minimizar complicações e antecipar tratamentos que diminuirão os riscos envolvidos no período pré, inter e pós-parto. Porém, alguns fatores estão associados apenas ao feto e são inevitáveis como: gestação múltipla, restrição do crescimento intra-uterino (RCIU), macrossomia, posição fetal anormal, anormalidade no ritmo ou frequência cardíaca fetal, redução da atividade, poliidrâmnio, oligoidrâmnio. Outros fatores são imediatos ao recém nascido (RN): prematuridade, escore de Apgar baixo aos 5 e aos 10min., palidez ou choque, líquido amniótico ou membranas com odor fétido, pequeno para a idade gestacional, pós maturidade e também não podem ser evitados. Prematuridade e baixo peso ao nascer junto a afecções perianatais estão presentes nos artigos como as principais causas de mortalidade infantil vindo de encontro com os índices na federação. Há indícios de que existe uma forte relação entre o baixo peso ao nascer e a morbidade e mortalidade infantil, incluindo comprometimento neuromotor, problemas respiratórios crônicos e infecções. O baixo peso é um preditor da sobrevivência infantil, ou seja, quanto menor o peso ao nascimento, maior a possibilidade de morte precoce[11, 12]. Os RN de alto risco estão associados a certos distúrbios, portanto, necessitam de cuidados mais intensos nas primeiras horas após o parto, provavelmente, de cuidado intensivo por um período mais longo de tempo exigindo da equipe do berçário habilidade e antecipação de possíveis dificuldades. Possuem instabilidade fisiológica e/ou hemodinâmica como consequência de distúrbios congênitos, alterações metabólicas, prematuridade, pós maturidade, asfixia perinatal, problemas durante a gravidez. Segundo o MS, atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país. De fato, o componente neonatal da mortalidade infantil é aquele estreitamente vinculado aos cuidados no período da gestação, do nascimento e do recém-nascido. Implica, portanto, o acompanhamento por parte dos profissionais de saúde em todo ciclo de gestação, a atenção adequada no momento do nascimento e os cuidados destinados aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade. A prematuridade é, atualmente, a principal causa de morte infantil, sendo que a maioria dos bebês prematuros morre durante o primeiro mês de vida, e o primeiro dia de vida é considerado o mais crítico. A implantação dos sistemas nacionais de informação no SUS tem permitido um crescimento de estudos nos serviços de saúde, contudo, dadas as grandes diferenças regionais no país, é necessário levar em conta a qualidade de preenchimento das "Declarações de Óbitos e de Nascidos Vivos". A incidência e malformações congênitas (MFC) ao nascer, dado que consta na Declaração de nascido vivo, é subestimada, pois as mais graves levam a perdas fetais, enquanto outras são de difícil diagnóstico e podem não ser percebidas no momento do nascimento[13]. Ainda não há um banco de dados de acompanhamento destas crianças classificadas de RN de risco. Esta deve ser acompanhada até pelo menos o segundo ano

completo de vida (mínimo de duas avaliações por ano) sendo desejável o acompanhamento até o 5o ano, para melhor avaliação da função cognitiva e da linguagem[10]. Será difícil identificar a morbimortalidade sem um banco de dados válido e confiável, pois hoje este acompanhamento depende de protocolo local, ou seja, não há uma uniformidade de atenção a estas crianças e familiares.

**CONCLUSÃO**

Todos os fatores relacionados ao feto e fatores imediatos do RN são de importância para um prognóstico da saúde do neonato. Este percentual de crianças de risco não esta bem definida no Brasil e na região sul havendo ausência de campos para informação nos sistemas informatizados e provável sub-notificação nos campos existentes. As publicações encontradas almejavam dados e cruzamentos de fatores maternos evitáveis, conduzindo para um promoção da saúde efetiva e pontual. Em nenhum artigo houve a perspectiva de perda fetal ou infantil e os cuidados com o familiar e investigação da causa ou o levantamento de nascimentos de risco inevitáveis que farão parte da base de cuidados que ira onerar familiar, comunidade, governo. É de suma importância o levantamento destes registros para programar ações que sejam efetivas para promoção de uma vida melhor da criança de cunho efetivo e integral a família. Este estudo contribui para uma enfermagem atualizada com as demandas que vem surgindo conforme o padrão nosológico regional, oferecendo condições de promover estratégias e projetos que contemplem esta clientela, assistindo a criança e a família de acordo com o contexto em que estão inseridas.

Á**REA TEMÁTICA:** Processo de cuidado**.**

**REFERÊNCIAS DOS ARTIGOS SELECIONADOS**

A1 SANTOS, Iná S. et al. Avoidable deaths in the first four years of life among children in the 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort study. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013. [acesso em 2013 jul 13] Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400007&lng=pt&nrm=iso>.

A2 GEIB, Lorena Teresinha Consalter et al . Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, mar. 2010. [acesso em 2013 jul 13]. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200011&lng=pt&nrm=iso>.

A3 RAMOS, Helena Ângela de Camargo; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2,

jun. 2009. [acesso em 2013 jul 13]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200009&lng=pt&nrm=iso>.

A4 ZANINI, Roselaine Ruviaro et al . Tendências de mortalidade infantil no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 1994-2004: uma análise multinível de fatores de risco individuais e da comunidade.Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, maio 2009. [acesso em 2013 jul 13] Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500010&lng=pt&nrm=iso>.

A5 HERNANDEZ, Alessandra Rivero et al . Análise de tendências das taxas de mortalidade infantil e de seus fatores de risco na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 1996 a 2008. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, nov. 2011. [acesso em 2013 jul 13] Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100012&lng=pt&nrm=iso>.

A6 DOLDAN, Roberto Valiente; COSTA, Juvenal Soares Dias da; NUNES, Marcelo Felipe. Fatores associados à mortalidade infantil no Município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil: estudo de caso-controle. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 20, n. 4, dez. 2011. [acesso em 2013 jul 13] Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400008&lng=pt&nrm=iso>.

A7 GRANZOTTO, José; FONSECA, Silvia Stringari da; LINDEMANN, Flavio Luciano.Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal na região Sul do Brasil. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 56 (1): 57-62, jan.-mar. 2012. [acesso em 2013 jul 29]. Disponível em: http://www.amrigs.com.br/revista/56-1/0000095683-11_935.pdf

**REFERÊNCIAS**

1 MATIJASEVICH, A. et al. Perinatal mortality in three population-based cohorts from Southern Brazil: trends and diferences. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008;24(Supl. 3):399-408.

2 Brasil. Ministério da Saúde. 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

3 Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2004. Uma análise da Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

4 Brasil. Ministério da Saúde. 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, v. 4, 2011

5 Goldenber GP, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Publica 2005 jul/ago; 21(4): 1077 - 85.

6 Motta ME, Silva GA, Araújo OC, Lira PI, Lima MC. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? J Pediatr 2005 set/out; 81(5):377- 82

7 Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 mar; 12(1): 19 24

8 Rodrigues CT, Ferreira ID, Nordeste A, Fonseca M, Taborda A, Silva IS, Almeida MC. Epidemiologia da gestação múltipla casuística de 15 anos. Acta Med Port 2005; 18: 107 11.

9 Pompeo DA, Rossi LA. Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta Paul Enferm, São Paulo, v.22, n.4, p.434-438, 2009.

10 Brasil. Ministério da Saúde. 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [acesso em 2013 jul 29]. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf

11 Rodrigues KSF, Zagonel IPS. Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010;14(3):534-42

12 Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monte NF. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2006;6(2):175-81.

13 BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e dados básicos para a saúde 2007: tema do ano: nascimentos no Brasil.

Brasília: RIPSA 2008. [acesso em 2013 jul 13]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/tema.pdf>.

# PLANO DE ESTRUTURAÇÃO EMERGENCIAL DO CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES

GUERRA, Soeli Teresinha[1]
PENTEADO, Salvador Zambrano[2]
RESENER, Elaine Verena[3]
DURGANTE, Vânia Lúcia[4]
LIMA, Suzinara Beatriz Soares de[5]
VASCONCELLOS, João Batista[6]
SILVA, Rosângela Marion[7]
PRADO, Ana Lúcia Cervi[8]

1. Relatora. Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela UFSM. Diretora de Enfermagem do HUSM/UFSM. E-mail: soeliguerra@uol.com.br
2. Psicólogo do HUSM/UFSM.
3. Médica. Doutora em Medicina. Diretora Geral do HUSM/UFSM
4. Enfermeira do Ambulatório Ala I do HUSM/UFSM. Mestre em Enfermagem pela UFSM.
5. Enfermeira. Pós Doutora. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da UFSM.
6. Administrador. Diretor Administrativo do HUSM/UFSM.
7. Enfermeira da Clínica Cirúrgica do HUSM. Doutoranda em Enfermagem Dinter UFSM/EEAN/USP.
8. Fisioterapeuta. Chefe do Serviço de Fisioterapia do HUSM.

**RESUMO: Introdução**: Na madrugada de 27 de janeiro de 2013, em Santa Maria – RS, um incêndio na Boate Kiss, matou 242 pessoas, abalou o mundo e necessitou repentinamente a mobilização de toda a comunidade e dos profissionais de saúde. **Objetivos**: Relatar a experiência da criação do Centro Integrado de Atenção às Vítimas de Acidentes (CIAVA) no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)/Santa Maria – RS, criado em caráter emergencial para a assistência das vítimas do incêndio da Boate Kiss. **Metodologia**: Descrever a criação do Centro Integrado de Atenção às Vítimas de Acidentes (CIAVA) no Hospital Universitário de Santa Maria em março de 2013. **Resultados**: Até 30 de junho de 2013, agendados no CIAVA 1018 vítimas que geraram 2974 atendimentos. **Conclusões**: O acompanhamento ambulatorial multiprofissional e integrado é imprescindível no processo de auxílio às vitimas diretas e indiretas.

**Descritores:** Equipe de Assistência ao Paciente; Pesquisa Interdisciplinar; Continuidade da Assistência ao Paciente.

**ABSTRACT: Introduction**: In the early morning of January 27, 2013, in Santa Maria - RS, Kiss Nightclub in a fire killed 242 people, rocked the world and suddenly needed to

mobilize the community and health professionals. **Objectives**: To report the experience of the creation of the Integrated Center for Victims of Accidents (CIAVA) at the University Hospital of Santa Maria (HUSM) / Santa Maria - RS, created as an emergency assistance to the victims of the fire Nightclub Kiss. **Methodology**: Describe the creation of the Integrated Center for Victims of Accidents (CIAVA) at the University Hospital of Santa Maria in March 2013. **Results**: Until June 30, 2013, scheduled in 1018 CIAVA victims that generated 2974 visits. **Conclusions**: The outpatient multidisciplinary and integrated process is essential in helping the victims directly and indirectly.

**Keywords**: Patient Care Team; Interdisciplinary Research; Continuity of Patient Care.

**RESUMEN: Introducción**: En la madrugada del 27 de enero de 2013, en Santa Maria - RS, Discoteca beso en un incendio mató a 242 personas, sacudió al mundo y de repente necesita para movilizar a la comunidad y profesionales de la salud. **Objetivo**: Presentar la experiencia de la creación del Centro Integral de las Víctimas de Accidentes (CIAVA) en el Hospital Universitario de Santa Maria (HUSM) / Santa Maria - RS, creada como ayuda de emergencia a las víctimas del beso Nightclub fuego. **Metodología**: Describe la creación del Centro Integral de las Víctimas de Accidentes (CIAVA) en el Hospital Universitario de Santa María en marzo de 2013. **Resultados**: el 30 de junio de 2013 prevista en 1018 CIAVA víctimas que generaron 2.974 visitas. **Conclusiones**: El proceso multidisciplinario e integral ambulatoria es esencial para ayudar directa o indirectamente

**Palabras clave**: Grupo de Atención al Paciente, Investigación Interdisciplinaria, Continuidad de la atención al paciente.

## INTRODUÇÃO

O incêndio na Boate Kiss no mês de janeiro de 2013, considerada a segunda maior tragédia no Brasil em número de vítimas em incêndio, mobilizou a sociedade para a questão da segurança em ambientes fechados, bem como apontou a necessidade de capacitação dos trabalhadores da área da saúde para o atendimento a vitimas de eventos de grandes proporções. O incêndio matou 242 pessoas e feriu mais de 116 em uma discoteca da cidade de Santa Maria- Rio Grande do Sul e deixou mais centenas de pessoas com problemas de saúde diversos, como familiares, militares, profissionais da saúde e outras pessoas que se envolveram diretamente no atendimento às vítimas da tragédia. O incêndio ocorreu na madrugado do dia 27 de janeiro de 2013 e foi causado pelo acendimento de um sinalizador no interior da boate durante a apresentação de uma banda que se exibia na casa noturna. As vítimas, na sua maioria jovens, muitos estudantes da Universidade Federal de Santa Maria, chegavam bem, mas muitos, rapidamente já perdiam a consciência, necessitando intubação precoce para manter via aérea permeável. As más condições de segurança e a imprudência foram apontadas como a causa de morte de mais de duas centenas de pessoas. No Brasil, o

sinistro só foi superado em número de vítimas pela tragédia do Gran Circus Norte-Americano, ocorrido em 1961 em Niterói- Rio de janeiro, que vitimou 503 pessoas. O incêndio da Kiss também foi classificado como a quinta maior tragédia da história do Brasil, a maior do Rio Grande do Sul, a de maior número de mortos nos últimos cinquenta anos no Brasil e o terceiro maior desastre em casas noturnas no mundo (BOL, EXTRA, JORNALNH, WIKIPEDIA, 2013). As maiorias das mortes ocorreram pela asfixia da fumaça que tomou conta do ambiente interno, sendo a intoxicação por cianeto uma das causas principais das mortes, que foi liberado pela espuma usada no isolamento acústico da boate combinado com o monóxido de carbono (WIKIPÉDIA, 2013). Em relação à gravidade desta situação e aos desdobramentos que ainda estão por vir, os números falam por si mesmos: em meio ao cenário inicial de destruição, 236 jovens morreram no interior da boate, a maioria em decorrência da inalação de fumaça tóxica liberada. Centenas de vítimas foram resgatadas com vida, necessitando internação de emergência nos hospitais da região, muitos em estado grave. Muitas pessoas necessitaram internação posterior devido efeitos tardios da inalação de fumaça tóxica. Três óbitos ocorreram posteriormente em decorrência da gravidade e complicações, principalmente relacionadas à inalação da fumaça tóxica, chegando ao total de 239 mortos. Em relação aos sobreviventes, após a vencida a situação imediata e superada a fase da internação hospitalar, o acompanhamento ambulatorial é necessário levando-se em consideração as múltiplas consequências e complicações posteriores, causadas por inúmeros fatores, tais como as mais variadas sequelas físicas e emocionais, problemas sociais, dificuldades econômicas e de readaptação. Além destas, outras possíveis complicações tardias poderão existir, como resultado da exposição dos sobreviventes à fumaça tóxica e ao trauma, uma vez que não se conhece de todo o que acontece com sobreviventes deste tipo de situação, nem o tempo para restabelecimento da saúde dos sobreviventes na sua integralidade, levando-se em consideração o abalo físico e emocional gerado nestas vítimas. As consequências sobre a mucosa respiratória deverão ser ainda monitorizadas por longo período, bem como outros órgãos como: encéfalo, fígado, rim e pele (VIDAL, 2013). Em função destas vítimas, foi necessário um atendimento avançado, ou seja, que se monitorassem os pacientes que foram internados com comprometimento pulmonar e/ou queimaduras, bem como as pessoas que tiveram contato na boate com gases e inalantes, amigos, familiares e profissionais envolvidos no atendimento. Assim, tendo em vista a demanda de vítimas desta tragédia pelo atendimento a saúde, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) apresentou como plano emergencial a criação do Centro Integrado de Atenção às Vítimas de Acidente (CIAVA). Este tem como objetivos: atender as vítimas de acidentes na sua integralidade; disponibilizar estrutura logística que possibilite a realização de pesquisas com vistas à produção de conhecimento para o Sistema Único de Saúde (SUS); fortalecer o espaço de atuação multiprofissional com enfoque na formação de trabalhadores para o SUS; incrementar a preceptoria para o programa de Residência Multiprofissional ofertado pelo Centro de Ciências da Saúde, com atuação no HUSM; ampliar os espaços de formação para

o desenvolvimento de práticas assistenciais para o ensino, a pesquisa e a extensão no HUSM; estabelecer a referência e contra referência para o atendimento de vítimas de acidente entre os diferentes níveis hierárquicos de atenção do SUS; viabilizar educação permanente aos trabalhadores de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e; reunir um conjunto de informações e dados com a finalidade de desenvolver pesquisas na área e produzir conhecimento para o SUS. Conta com equipe multiprofissional composta por enfermeiros, médicos, psicólogo, assistente social e fisioterapeutas, primando pela abordagem interdisciplinar como espaço potencializador de transformação, com vistas à atenção integral das vítimas de acidentes. Deste modo, o HUSM como uma importante instituição de referência em atendimento de trauma de qualquer natureza para a região central do estado do Rio Grande do Sul (RS), tem que este Centro, após o período emergencial de atendimento às vítimas do incêndio, se consolide como unidade permanente de assistência, pesquisa e capacitação profissional para atendimento de eventos que possam vir a ocorrer. Este trabalho apresenta um relato de experiência sobre o processo de implantação do Centro Integrado de Atenção às Vítimas de Acidentes no Hospital Universitário de Santa Maria/RS. **PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO**: O Centro se direciona a população em vulnerabilidade, vítimas diretas e indiretas atingidas pelo incêndio da boate Kiss, residentes em Santa Maria e em toda a sua área de abrangência. O atendimento e a orientação poderão ser estendidos para vítimas residentes em locais fora da área de abrangência através do agendamento prévio. O Hospital Universitário de Santa Maria –HUSM/UFSM possui perfil assistencial de hospital geral de média e alta complexidade, dispõe atualmente de uma estrutura de 59 consultórios e 320 leitos hospitalares, dos quais 42 leitos são de Unidade de Terapia Intensiva. É nesse contexto hospitalar que foi implantado o Centro Integrado de Atendimento a Vítimas de Acidente – CIAVA. Em vista da necessidade e o perfil do HUSM, planejou-se o presente centro com a colaboração de todos os profissionais envolvidos no atendimento das vítimas. O processo de implantação iniciou em 13 de fevereiro de 2013, momento em que as Direções Clínica e de Enfermagem iniciaram as articulações para coordenar o processo de identificação da equipe multiprofissional que atuaria no atendimento às vitimas do acidente. Do mesmo modo, passaram a reunir-se com a frequência necessária para elaboração dos fluxos de acesso, sistematização do processo de trabalho e elaboração dos protocolos iniciais a serem praticados no Centro, sendo que, especificamente, os exames realizados nas vítimas fazem parte dos protocolos das especialidades e foram definidos em videoconferência com o Ministro da Saúde e hospitais de Porto Alegre, que também prestaram atendimento às vitimas entre eles: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR), Protocolo de Atendimento – indivíduos expostos a inalação de fumaça na boate Kiss e o PCL-C. Assim, as primeiras decisões detinham-se a definição do espaço físico e forma de encaminhamento das vitimas. Definiu-se que as atividades deveriam se concentrar na Ala Ambulatorial de adultos do HUSM (Ala I), e os atendimentos aconteceriam nas segundas, terças e quintas-feiras, a partir das 17 horas, a fim de não prejudicar os demais atendimentos do hospital já

marcados previamente. O agendamento para atendimento das vítimas para o primeiro atendimento, também chamado de acolhimento, foi realizado via 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), que encaminhava as vítimas para os ambulatórios das especialidades. Esses encaminhamentos ainda poderiam ser marcados diretamente em outros serviços como Centro de Referencia em Saúde do Trabalhador (CEREST) ou via Secretaria Municipal de Saúde, como também poderia ocorrer encaminhamento do próprio Centro. Os dias e horários estabelecidos para o desenvolvimento das ações do CIAVA foram definidos de modo a não conflitar com outras atividades que são desenvolvidas na rotina de atendimento ambulatorial do hospital. Na primeira fase, ou seja, para o acolhimento de vítimas que receberam atendimento inicial após o acidente em outros serviços de saúde, foi disponibilizado o agendamento conforme procura espontânea ou referenciada por qualquer serviço da rede de saúde, pública ou privada. Aqueles que estiveram em contato com o ambiente do incêndio e não buscaram atendimento imediato também foram (e continuam sendo) acolhidos pelo Centro, de acordo com a classificação de risco estabelecida em protocolo pela equipe multiprofissional. No decorrer do processo de implantação do serviço, visualizou-se a necessidade de realizar um maior número de atendimentos, visto que era necessário oferecer assistência, de imediato, a todas as pessoas vitimadas pela tragédia com a finalidade de diagnosticar possíveis alterações de saúde e interferir de maneira rápida e efetiva. De tal modo, foram organizados dois mutirões de atendimento, com a proposta de agendamento referenciado e/ou demanda espontânea, que foram organizados ainda nos primeiros 50 dias pós-tragédia. A primeira fase se estendeu para além do previsto, pois inicialmente estimava-se em torno de 30 dias pós-tragédia, foi planejada, organizada e executada por servidores do quadro do hospital e por docentes dos diferentes cursos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) que se disponibilizaram a incorporar o atendimento às vítimas às suas atividades de rotina, sob coordenação da equipe diretiva do hospital. Na segunda fase foi realizado o acolhimento aos familiares, voluntários e demais pessoas afetadas indiretamente pela tragédia. Assim, após avaliação inicial realizada pela equipe multiprofissional, as pessoas atendidas eram encaminhadas para os serviços da rede de atenção básica dos municípios de origem. Para esta etapa, bem como para a manutenção das atividades do CIAVA foram contratados 26 novos profissionais das mais diferentes especialidades (médicos psiquiatras, neurologista, cirurgião plástico, clínicos; enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, dentre outros profissionais). Esta necessidade configurou-se a partir da projeção de vítimas a partir do cadastro para atendimento na plataforma divulgada pelo Ministério da Saúde (MS). Para avaliar todos os agendados e assisti-los conforme as necessidades apresentadas no momento do acolhimento foram necessárias contratações de 02 Técnicos de Farmácia, 04 Fisioterapeuta, 02 Enfermeiros, 04 Técnicos de Enfermagem, 01 Terapeuta Ocupacional, 01 Assistente Social, 03 Psicólogo, 02 Médicos Clínicos, 01 Médico Neurologista, 01 Médico Cirurgião Plástico, 05 Médicos Psiquiatras. Todas efetivadas a partir de maio, após processo seletivo emergencial realizado em abril.

**RESULTADOS**

Partir 04 de março inicia o cadastramento das vítimas via MS e o agendamento passa a ser regulado pela 4ª CRS. Cabe mencionar que até o dia 30 de junho de 2013 foram agendadas para atendimento no CIAVA 1018 vítimas que geraram 2974 atendimentos. Foram criados pela equipe multiprofissional protocolos para: acolhimento; neurologia; pneumologia; fisioterapia; queimados; fonoaudiologia. Foram realizados mutirões em 09 e 10 e 16 e 17 de março de 2013, no primeiro mutirão foram 271 atendimentos e no segundo 134, sendo realizados mais de 350 exames. Os atendimentos continuam, nas seguintes áreas: Acolhimento; Ambulatório GELP (Grupo de Estudos sobre Lesões de Pele/ Queimados); Fisioterapia (avaliações e sessões); Pneumologia (avaliações e exames); Fonoaudiologia (avaliações e sessões); Psiquiatria (avaliações e sessões); Neurologia (avaliações); Otorrinolaringologia (avaliações). Atualmente, a recepção de todos se inicia pelo acolhimento, sendo posteriormente encaminhados para avaliação nas especialidades de acordo com as necessidades individuais, como especialidades médicas, sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, realização e acompanhamento de curativos, especialidades médicas, acompanhamento psicossocial e psiquiátrico. Para assistir a estas vítimas a experiência de trabalho dos profissionais do HUSM, proporcionou a estruturação da equipe multiprofissional para o CIAVA, permitindo deste modo a observação de sinais e queixas das vítimas do evento. Tem-se como perspectiva atender ao Termo de Cooperação Técnica entre o Ministério, o Governo do Estado e o Município que prevê, entre outras ações, o monitoramento e o cuidado aos sobreviventes e profissionais que atuaram no resgate do incêndio da boate Kiss, por um período de cinco anos (Extrato de Compromisso, em Anexo). As ações previstas para o futuro prevê completar e manter a equipe matricial do acolhimento com assistente social, fisioterapeuta, enfermeiro, médico, psicólogo, psiquiatra e fonoaudiólogo; expandir a agenda do acolhimento para cinco dias da semana após a inserção e capacitação dos contratados; ampliar em até 200% a oferta de atendimento no serviço de fisioterapia; atender toda a demanda gerada pelo acolhimento nas demais especialidades.

**CONCLUSÃO**

A alternativa apresentada de atenção à saúde para vítimas de sinistros sejam esses eventos isolados ou em massa, como foi o caso do incêndio na boate que vitimou fatalmente mais de 240 pessoas, gerou um trabalho intensivo e demostrou as limitações dos serviços de saúde, principalmente no que se refere a registro de dados. Desta forma, a organização de um Centro com finalidade específica, que se propõe a reunir uma fonte expressiva e segura de dados epidemiológicos tem o objetivo de desenvolver novos conhecimentos e o planejamento de ações que busquem a melhoria dos serviços de saúde. O que foi anteriormente exposto evidencia a necessidade de suporte para as vítimas, familiares e trabalhadores atingidos pelo evento e se constitui como uma alternativa relevante para diminuir e prevenir os efeitos maléficos advindos da situação ocorrida, trazendo benefícios

a todos os envolvidos. Outra questão considerada fundamental na concretização do CIAVA se deve a necessidade de incrementar os campos de prática para a formação de trabalhadores para o SUS. Coerente com as diretrizes propostas pelos Ministérios da Educação e da Saúde, o novo serviço, com o enfoque principal na integralidade da assistência busca ainda, disponibilizar e fortalecer espaços de aprendizado compartilhados, para as residências médica e multiprofissional em saúde. Deste modo, com a realidade atual, os diferentes profissionais atuam conjuntamente e articulam um trabalho coletivo. Por fim, vale destacar que a ativação do Centro, implantado emergencialmente com os recursos materiais e de pessoal providos pelo HUSM, mediante convênio temporário firmado com o Ministério da Saúde, destina-se, exclusivamente, ao atendimento das vítimas do Incêndio na Boate Kiss. A ampliação do atendimento na área, como proposta de serviço definitivo para cobertura das necessidades do interior do estado do RS dependerá de novas articulações e de planos de ações e metas a serem discutidos e pactuados entre instituição e gestores. O acompanhamento ambulatorial multiprofissional e integrado se torna imprescindível no processo de auxílio a todas as vitimas diretas e indiretas, oferecendo atenção clinica à população de forma multidisciplinar e eficaz, objetivando a minimização do sofrimento das pessoas que se encontram em estado vulnerável e visando atingir a integralidade no processo de recuperação da saúde, assegurando a rapidez e eficiência do processo, além da produção de um fluxo de informações preciso.

**Área Temática**: Processo de Cuidado.

**REFERÊNCIAS:**

1. Incêndio na boate Kiss, em Santa Maria, pode ser o segundo maior da história no Brasil depois da tragédia do Gran Circo Americano em Niterói. Extra Online (27 de janeiro de 2013). Disponível em: http://extra.globo.com/noticias/brasil/incendio-na-boate-kiss-em-santa-maria-pode-ser-segundo-maior-da-historia-no-brasil-depois-da-tragedia-do-gran-circo-americano-em-niteroi-7408875.html. Acesso em 11 de agosto de 2013.

2. Acidente em boate é 2º maior incêndio do Brasil. Bol (27 de janeiro de 2013). Disponível em: http://noticias.bol.uol.com.br/brasil/2013/01/27/acidente-em-boate-e-2-maior-incendio-do-brasil-veja-outros-casos.jhtm. Acesso em 11 de agosto de 2013.

3. JORNAL NH. jornalnh.com.br/ Incêndio no RS é o terceiro maior desastre em casas noturnas no mundo. Disponível em: http://www.jornalnh.com.br/santa-maria/436296/incendio-no-rs-e-o-terceiro-maior-desastre-em-casas-noturnas-no-mundo.html. Acesso em 11 de agosto de 2013.

4. WIKIPEDIA. Incêndio na Boate Kiss. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Inc%C3%AAndio_na_boate_Kiss. Acesso em 11 de agosto de 2013.

5. CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. Rev Latino-am Enfermagem 2004 janeiro-fevereiro; 12(1):14-21. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf. Acesso em 11 de agosto de 2013.

6. VIDAL, M.G.C. Informativo do Hospital de caridade Drº Astrogildo de Azevedo. Disponível em: http://www.hcaa.com.br/portal/uploads/boletins/up1373052432.pdf. Acesso em: 12 de agosto de 2013.

7. CLAVÉ P.; ARREOLA V.; ROMEA M.; MEDINA L.; PALOMERA E.; SERRA-PRAT M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration.Clin Nutr. 2008 Dec; 27(6):806-15. Epub 2008 Sep 11.

8. CICHERO J.; CLAVÉ P. 72nd Nestlé Nutrition Institute Workshop 'Stepping stones to living well withdysphagia'. Concluding remarks. Nestle Nutr Inst Workshop Ser.2012;72:127-33.



Ministério da Saúde

GABINETE DO MINISTRO

EXTRATO DE COMPROMISSO

ESPECIE: Termo de Compromisso que entre si celebram o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, as Secretarias de Saúde e de Gestão e Modernização Administrativa do Município de Santa Maria, e a Universidade Federal de Santa Maria.
OBJETO: Estabelecer a cooperação entre os entes signatários com vistas à realização dos procedimentos técnicos e operacionais para continuidade da atenção à saúde das vítimas, de familiares e de profissionais envolvidos no incêndio ocorrido, em 27 de janeiro 2013, na Boate Kiss, Município de Santa Maria (RS), envolvendo ações de vigilância à saúde, atenção básica, especializada e psicossocial.
VIGENCIA: 5 (cinco) anos
DATA DE ASSINATURA: 22 de fevereiro de 2013.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# CUIDADO DE ENFERMAGEM EM POPULAÇÕES RURAIS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

# NURSING CARE IN RURAL POPULATIONS: LITERATURE REVIEW

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN POBLACIONES RURALES: REVISIÓN DE LA LITERATURA

GOMES, Tais Falcão[1]
SCHIMITH, Maria Denise[2]
BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin[3]
ALBERTI, Gabriela Fávero[4]
SIMON, Bruna Sodré[5]
COELHO, Alexa Pupiara Flores[6]
LEAL, Tifany Colomé[7]
ROSSO, Laís Fuzzer[8]

1 Acadêmica do oitavo semestre de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/ UFSM, taissfg@gmail.com.
2 Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM.
3 Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM.
4 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
5 Enfermeira. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
6 Acadêmica do oitavo semestre de graduação em enfermagem da UFSM.
7 Acadêmica do sétimo semestre de graduação em enfermagem da UFSM.
8 Acadêmica do oitavo semestre de graduação em enfermagem da UFSM.

## RESUMO

**Introdução:** A população rural sofre com desigualdades que tendem a permanecer ou se agravar, promovendo um processo de diferenciação social. **Objetivos:** Esse trabalho objetiva entender os fatores que influenciam o cuidado de enfermagem em populações residentes na população rural. **Metodologia:** Revisão bibliográfica realizada nas bases de dados Literatura da América Latina e Caribe em Ciências da Saúde, Medical LiteratureAnalysis and Retrieval Sistem on-line e Base de Dados em Enfermagem. **Resultados:** Percebeu-se que diversos aspectos influenciam no cuidado de enfermagem tais como: cultura, acesso aos serviços de saúde, significado da terra e do trabalho, o ambiente, a religiosidade, a alimentação, o lazer, saberes populares como cuidado cultural. Além disso, encontrou-se práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros com essa

população. **Conclusão:** Influenciam nas práticas de cuidado de enfermagem no meio rural o acesso fragilizado, o significado da terra, a utilização de produtos químicos, o ambiente espiritualidade hábitos alimentares lazer, plantas medicinais.

**ABSTRACT**
Introduction: The rural population suffers from inequalities that tend to remain or worsen, promoting a process of social differentiation. Objectives: This study aims to understand the factors that influence nursing care for residents in the rural population. Methodology: A literature review conducted in the databases Literature Latin American and Caribbean Health Sciences, Medical LiteratureAnalysis and Retrieval Sistem online and Base Nursing. Results: It was found that various aspects influence the nursing care such as: culture, access to health services, meaning the land and labor, the environment, religion, food, leisure, popular knowledge as cultural care. Furthermore, it was found care practices performed by nurses with this population. Conclusion: Influencing the practice of nursing in rural access weakened the significance of the land, the use of chemicals, environmental spirituality leisure habits, medicinal plants.

**RESUMEN**
**Introducción:** La población rural sufre de desigualdades que tienden a permanecer o empeorar, la promoción de un proceso de diferenciación social**. Objetivos:** Este estudio tiene como objetivo comprender los factores que influyen en los cuidados de enfermería para los residentes en la población rural. **Metodología:** revisión de la literatura realizada en las bases de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe, LiteratureAnalysis Medical Sistem y recuperación en línea y Enfermería Base. Resultados: Se encontró que varios aspectos que influyen en la atención de enfermería, tales como: la cultura, el acceso a servicios de salud, es decir, la tierra y el trabajo, el medio ambiente, la religión, la comida, el ocio, el conocimiento popular como la atención cultural. Por otra parte, se encontró prácticas de atención realizadas por las enfermeras con esta población. Conclusión: Influencia en la práctica de la enfermería en el acceso rural debilita la importancia de la tierra, el uso de productos químicos, hábitos de ocio espiritualidad ambientales, plantas medicinales.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Saúde da população rural; Cuidados de Enfermagem

**KEYWORDS:** Nursing; Rural health; Nursing Care

**DESCRIPTORES:** Enfermeira; Salud rural; Cuidados de Enfermería

**INTRODUÇÃO**

A sociedade contemporânea passou por inúmeras modificações, e assim, apresentou o estabelecimento de sua organização modificada. Porém, ainda hoje a delimitação da configuração espacial no Brasil é definida pelo Decreto-Lei nº 311 de 1938, que passou a considerar como área urbana toda sede de município e de distrito, independentemente de seu tamanho e sem levar em conta suas características estruturais e funcionais[1]. Assim, por exclusão, com esse decreto definem-se como rurais as áreas compreendidas fora do perímetro urbano. Segundo a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, os segmentos populacionais considerados moradores da zona rural são aqueles que tem seus modos de vida, produção e reprodução social vinculados com a terra. Entre eles, estão, os agricultores familiares, trabalhadores rurais assalariados em regime temporário ou não, os assentados, e os que não tem acesso à terra. Ainda, as famílias em assentamento rural, as populações que residem em comunidades remanescentes de quilombos, em reservas extrativistas, em vilas e povoados, população ribeirinha, e comunidades que moram na periferia mas trabalham no campo[2]. Segundo dados do Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no Brasil cerca de 29,9 milhões de pessoas residem em localidades rurais, em aproximadamente 8,1 milhões de domicílios[3]. Esse índice demonstra o decréscimo anual no número de habitantes na zona rural brasileira e a mudança na dinâmica de organização espacial no país4. Isso também, indica que a população brasileira hoje é cerca de 80% urbana, com o crescimento desordenado das cidades pelas populações que não puderam mais ficar no campo. Isso indica que são milhões de brasileiros socialmente desamparados nas favelas e periferias de cidades com os mais diversos problemas[5]. Porém, há um contingente da população que opta por se manter na zona rural e que também sofre com a exclusão das políticas públicas e de saúde. Dessa forma, ocasionam grandes desigualdades que tendem a permanecer ou se agravar, promovendo um processo de diferenciação social [6]. De acordo com o Plano Nacional de Saúde na zona rural brasileira encontram-se os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, insalubridade e analfabetismo, caracterizando uma situação de pobreza decorrente da dificuldade ao acesso aos serviços indispensáveis à vida. Além disso, os dados epidemiológicos da zona rural são elevados em relação ao câncer, hipertensão, alcoolismo, tabagismo, doenças psicossomáticas e o uso indiscriminado de medicamentos[7]. A morbidade referida no meio rural ainda, aponta para a falta de água potável, as doenças gastrointestinais, as lesões por esforços repetitivos e as intoxicações por metais pesados e agrotóxicos. Os moradores da zona rural também estão expostos a inúmeros agentes que podem causar acidentes, como máquinas e implementos agrícolas, ferramentas manuais, animais domésticos e animais peçonhentos[2]. Ainda, o cenário rural vem adquirindo hábitos e estilos de vida urbanos, como a crescente utilização de drogas ilícitas, a violência, a sexualidade. Sabe-se que as mudanças registradas no modo de vida rural nos últimos anos trouxeram modificações importante no modo de vida dessas pessoas incidindo na substituição das doenças

infectocontagiosas pelas doenças crônicas não-transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes e obesidade[8]. Esse panorama ainda é agravado pelas más condições das estradas de acesso as localidades, a presença de barreiras geográficas, a escassez de transporte para locomoção tanto das equipes de saúde e dos moradores locais[7]. Essas são questões não compreendidas e/ou resolvidas e muito menos prevenidas, dentro do complexo espaço rural, pela inadequação da proposta de assistência à saúde nas políticas públicas[6]. Esse cenário acarreta consequências para a qualidade de vida tanto dos sujeitos moradores da zona rural quando da urbana. A saúde das pessoas residentes na zona rural não pode ser pensadas como uma reprodução da zona urbana; invariavelmente, precisa haver uma estratégia de desenvolvimento rural, sendo um meio de garantir à população do campo, qualidade de vida[9]. Promover o desenvolvimento do cuidado de uma comunidade rural é um desafio de todos os setores públicos e tem efeitos determinantes sobre a vida dessa população. Nesse contexto, cotidianamente na zona rural brasileira há enfermeiros que se deparam com essas mazelas. Sendo, esses fatores preponderantes na assistência de enfermagem pois, afetam e determinam a práxis no cuidado. É importante salientar que o cuidado é entendido como a totalidade de estruturas que compreendem todas as possibilidades da existência que estejam vinculadas às coisas e aos outros[6]. O cuidado é uma configuração que transcende a um sentido ôntico, ou seja, o cuidado extrapola a teoria e prática e considera o seu ser, o sentido da realidade. Sendo assim, o cuidado não é um somatório de partes, e sim, a compreensão da solicitação e inquietude do outro[7]. Por isso, torna-se fundamental que o cuidado de enfermagem seja eficaz e coerente com as necessidades das pessoas cuidadas. A busca de novos caminhos e a capacidade de conviver com o outro, que é diferente, e reconhecê-lo como sujeito de direitos iguais, na busca na cidadania são dispositivos essenciais de aproximação com a comunidade[10]. Identificar e apreender o modo de cuidado, os saberes e as práticas que esses sujeitos empregam no seu próprio cuidado é essencial nas ações de saúde. Assim, verificar novas necessidades de ajustes entre os enfermeiros e o entorno social, de maneira a compreender, a partir da abordagem sistêmico-complexa, o cuidado de enfermagem como um processo interativo essencial para o enfrentamento dos problemas sociais contemporâneos, os quais serão compreendidos e resolvidos mediante a articulação dos diferentes saberes.

**OBJETIVOS**

Esse trabalho objetiva entender os fatores que influenciam o cuidado de enfermagem em populações residentes na população rural.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada no período de junho e julho de 2013, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), anexadas à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foi utilizado o

recurso do formulário avançado, com a seguinte combinação: "ENFERMAGEM" [palavras], "SAÚDE RURAL" [palavras], "CUIDADO" [palavras]. Ressalta-se que foi utilizado o operador booleano AND e a procura ocorreu em todos os índices, sem recorte temporal. Na base de dados LILACS, inicialmente 10 publicações responderam à busca. Procedeu-se a leitura dos títulos de todas, à exceção de três que não disponibilizaram texto na íntegra e que foram sumariamente excluídas. Ainda, duas foram excluídas por não se enquadrarem na temática e uma por não estar no formato artigo, tese ou dissertação. No total, restaram cinco publicações para a análise. Na base de dados MEDLINE nenhuma publicação foi entrada. E na base de dados BDENF, quatro publicações inicialmente responderam à busca. Procedeu-se a leitura dos títulos de todas, e as mesmas já haviam sido captadas pela LILACS. Ou seja, nenhuma publicação restou para análise. De um total de 14 artigos encontrados, cinco constituíram-se em material de análise, tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão previstos e as repetições nas bases de dados. Foram elencados como critérios de inclusão: respeitar a temática proposta, ser artigo de pesquisa original, conter resumo completo, estar disponível na íntegra online, em inglês, português ou espanhol. Como critério de exclusão, estabeleceu-se: artigos repetidos os já captados nas outras bases de dados. Procedeu-se a leitura do resumo das nove publicações resultantes e todas foram selecionadas para comporem o material para análise e discussão. Para a análise das publicações, foi utilizada a técnica proposta por Lima e Mioto[11], organizada em três etapas: identificação da obra (referência bibliográfica completa), caracterização da obra (tema central, objetivo principal, paradigma e referencial teórico) e contribuições da obra para o estudo. Para facilitar a análise, foi utilizada uma tabela, a qual contemplava sete variáveis quantitativas, sendo elas: ano de publicação, revista/instituição onde o texto foi publicado/produzido, país de publicação, abordagem metodológica, modalidade (se artigo científico, tese ou dissertação), tipo de estudo (se pesquisa de campo, estudo de caso, revisão...), idioma. Houve, ainda, a variável qualitativa, que compreendeu a síntese do conteúdo textual. As variáveis quantitativas foram analisadas utilizando-se da técnica de estatística descritiva simples e o conteúdo textual (e consequente formulação da síntese - variável qualitativa), originaram os principais resultados. Os artigos foram caracterizados quanto ao ano, país de publicação e tipo de pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Das cinco publicações analisadas, 100% (n=5) eram artigos científicos. Em relação ao ano de publicação, constatou-se que no ano de 2002 houve uma produção, seguido de duas publicações de 2005, e em 2008 e 2012 com uma produção cada sendo 100% (n=5) das publicações na década de 2000. Em relação ao país de publicação, 100% (n=5) dos artigos foram publicados no Brasil. Com relação às revistas onde os artigos foram publicados, citam-se a Texto & Contexto Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Revista da Escola Ana Nerry, Ciência, Cuidado e Saúde e a Acta Scientiarum. No que tange à abordagem metodológica, 100% (n=5) dos estudos foram

de abordagem qualitativa. Ainda, 100% (n=5) dos artigos resultaram de pesquisas de campo. Por fim, em relação ao idioma, todos os estudos, 100% (n=5) estavam no idioma português. É importante salientar, que os estudos contém uma análise de contingentes rurais específicos como uma comunidades rural italiana[10], um assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra no estado do Pará[12], outros abordam o cuidado entre famílias de uma cidade do interior de Santa Catarina[13], o cuidado de famílias ribeirinhas do interior do Paraná[14] e elementos que compõe as práticas de saúde de mulheres vítimas de violência residentes na zona rural da metade sul do Rio Grande do Sul [15]. Percebeu-se que diversos aspectos culturais permeiam o cuidado das pessoas residentes na zona rural; isso ocorre porque cada pessoa possui um referencial de vida marcado pela visão de mundo, crenças e valores de uma cultura, que as orientou[10]. Esta nuance, permeada de valores culturais, deve ser considerada pois ao contrário, se pode ver sem sucesso as ações de saúde.[10 – 12]. Os saberes e práticas destes sujeitos, encontram-se condicionados histórico-culturalmente. Neste sentido, tanto o comportamento empírico dos sujeitos moradores da zona rural quanto as técnicas dos especialistas são considerados manifestações culturais. Assim, transformando a realidade natural com seu trabalho, os homens criam o seu mundo; mundo da cultura, da história e das práticas de saúde que, criado por eles, sobre eles se volta, condicionando-os[16]. Esse é um grande desafio pois exige a constituição e articulação da igualdade e da diferença, a base cultural comum e expressões de pluralidade social e cultural. De forma especifica e peculiar a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana [10, 12]. Desse modo, dois estudos[10,14] compreendem saúde e doença como um elemento definido culturalmente, este se difere nas várias culturas e, consequentemente os cuidados, a ela prestados também são praticados de diferentes maneiras, ainda que existam alguns pontos em comum em relação ao cuidado em todas as culturas. É importante, salientar que essas mesmas publicações, destacam a importância de compreender o cuidar da saúde como um ato humano, ou seja em que todas as culturas cuidam[10, 14]. Outro aspecto é o cuidado com o enfoque a família sendo o pressuposto básico de que todas os indivíduos e famílias possuem forças potenciais e recursos[13]. Esse estudo ressalta que o sistema familiar é um grupo social primário e uma unidade de comportamento de saúde em que se estabelecem padrões de cuidado. Também foram identificados os novos padrões familiares que geram diferentes relações entre homens e mulheres constituindo-se um sistema complexo de estrutura e dinâmica, no qual os papéis se entrelaçam e se dissolvem no cotidiano destes indivíduos[13]. Percebe-se também a incorporação cultural de saber popular dos doentes, o que parece facilitar o enfrentamento da doença[10-14]. Nesse sentido, as pessoas percebem a necessidade de praticar alguns cuidados na tentativa de manter condições saudáveis de vida, estabelecendo um conjunto de normas e critérios próprios[13]. Ainda, os pais exercem influência direta nos filhos por meio de conversas e conhecimentos sobre o cuidado de uma doença[13]. A cultura acumula em si o que é conservado, transmitido e aprendido, possibilitando a aquisição de normas e princípios[12]. É na cultura que perpetuam as

gerações, as tradições, valores, crenças, hábitos, normas, relações e diferentes formas de expressões que estão vinculadas as ações cotidianas dos povos[10]. Desse modo, surge a concepção dos sujeitos sobre a saúde, que para eles é um processo, resultante das condições de habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde [14]. Sobre a compreensão de doença, essa é específica e dinâmica transcendendo a presença de patologias, propagando preocupação com sinais de alerta e perigo físico, como, febre, dor, entre outros[15]. Mas também valorizando as doenças sociais, como a alienação e a submissão que as população da zona rural muitas vezes encontram-se expostas[14]. Um dos estudos, traz que o cuidado vai além do biológico ou da ausência da doença, englobando a alimentação, moradia e o relacionamento humano[14]. Sendo assim, elencaram-se fatores peculiares dessas populações que influenciam no cuidado de enfermagem tais como: acesso fragilizado aos serviços de saúde, significado da terra e do trabalho no cuidado a saúde, ambiente, religiosidade, alimentação, lazer e medicina alternativa [10, 12, 13, 14, 15]. O acesso fragilizado aos serviços de saúde e o atendimento integralizado para aquelas pessoas que moram na zona rural é um dos problemas diagnosticados [12, 13]. Segundo autores, a população que vive em áreas rurais, apresenta em relação às áreas urbanas, uma posição desfavorável no que diz respeito à cobertura de serviços públicos e de desenvolvimento sócio econômico. O habitante da zona rural geralmente tem de se deslocar para a cidade para ter acesso aos diversos serviços, inclusive, os de saúde. Assim, em razão da precariedade dos lugares de residência, propriamente rurais, a vida social das coletividades locais, inclusive em sua dimensão cotidiana, estende-se nos espaços correspondentes às sedes municipais[17]. Também é um fator de influência o significado da terra e do trabalho não apenas como ofício mas, como símbolo de fonte de renda, associada a um sentimento de sentido e realização às suas vidas [10, 12, 14]. A incapacidade para o trabalho é percebida pelos sujeitos como um problema urgente, pois indica que a doença está fora de controle[10]. Isso, ocorre, pois os elementos constitutivos das cargas laborais de processos de trabalho abrangem as potencialidades humanas historicamente determinadas, podendo significar perda ou não de capacidades biopsíquicas no processo de trabalho[19]. Outro elemento presente na vida do trabalhador rural é a utilização de produtos químicos nas plantações [10, 14]. Este é um fenômeno que passou a integrar a vida do agricultor brasileiro nos últimos cinquenta anos e que foi absorvido como essencial para o aumento da produção e a possibilidade de sobrevivência no meio agrícola[10]. Esses fatores encontrados nos estudos confirmam e exemplificam que o ambiente é fator influente no cuidado de enfermagem. Também, nos estudos encontrou-se a presença da religiosidade entre os moradores da zona rural como maneira de enfrentamento e manutenção da doença como um cuidado à saúde[14]. A religiosidade é um aspecto presente e, de certa forma, depositada como condição primordial para que ocorra um resultado eficaz no tratamento de qualquer doença. O reconhecimento desse aspecto pelo enfermeiro auxilia essas pessoas de forma que venha a lhes dar suporte para prosseguir o tratamento ou realizar o auto-cuidado. Essa dimensão espiritual e religiosa está presente na vida das

pessoas que vivem na zona rural, e é importante que os enfermeiros avaliem a necessidade de intervenção nesse campo[14]. Uma outra característica importante a ser observada nesses estudos foram os hábitos alimentares que refletem invariavelmente na qualidade de vida e saúde das pessoas[10,12,14]. A consciência do valor da alimentação na saúde e na doença, é fundamental para que os enfermeiros entendam esses valores alimentares específicos dos usuários com os quais se trabalha, no sentido de proporcionar cuidados eficazes aos indivíduos. Outro aspecto analisados foram as atividades de lazer[14]. A população do estudo mencionou a não realização de qualquer atividade de lazer, justificando as dificuldades financeiras para passear na cidade, argumentando ainda que o local as pessoas não têm hábitos de visitar a casa dos vizinhos. Alguns, sujeitos entretanto, consideram lazer receber visitas dos familiares e amigos nos finais de semana. Para outro, restringe-se a passear na cidade, frequentar o culto da igreja, geralmente aos sábados e domingos, e fazer caminhadas[14]. Um fator importante encontrado nos estudos foi a presença do uso de plantas medicinais como forma alternativa de assistência à saúde e de baixo custo[10, 14]. São utilizados, nesse contexto medicamentos alopáticos, chás de ervas medicinais e emplastos[14]. Atualmente, muitos fatores têm contribuído para o aumento da utilização das plantas como recurso medicinal, entre eles, o alto custo dos medicamentos industrializados, o difícil acesso da população à assistência médica, bem como a tendência ao uso de produtos de origem natural. Acredita-se, que o cuidado realizado por meio das plantas medicinais seja favorável à saúde humana, desde que o usuário tenha conhecimento prévio de sua finalidade, riscos e benefícios. O profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, deve considerar tal recurso de origem popular na sua prática de cuidar, viabilizando um cuidado singular, centrado nas crenças, valores e estilo de vida das pessoas cuidadas[20]. Finalmente foram analisados dispositivos de enfermagem como acolhimento, vínculo, dialogo e orientação[15]. Observa-se entre os estudos que houve o estabelecimento de ações com a comunidade rural que permitiram a construção de relações de confiança e de abertura para o outro, como também possibilita a reciprocidade de experiências e fomenta a interlocução entre os sujeitos[13,15]. Isso potencializa formas de negociação que caminham no consenso de responsabilidades e necessidades compartilhadas de forma horizontal. Invariavelmente esses fatores acarretam na falta de recursos humanos e qualificação profissional[12]. Além disso, as atividades desenvolvidas com as pessoas, nas comunidades rurais são mais difíceis, pois dependem da disponibilidade de tempo das mulheres e homens que estão envolvidos no trabalho agrícola. A realização de atividades de educação em saúde nessas comunidades torna-se difícil pois além do trabalho doméstico ainda há um intenso trabalho na plantação[10]. Esse mesmo estudo aponta que a compreensão dos enfermeiros recém-formados ao deparar-se com a realidade é desanimadora. Pois, ao sair da graduação esperavam buscar o crescer e o aprendizado, com muita vontade de trabalhar e mudar a realidade porém, as dificuldades encontradas na prática são desafiadoras.

**CONCLUSÃO**

Em relação à identificação das obras, percebeu-se a predominância de artigos publicados na década de 2000, brasileiros, da área da saúde pública, de abordagem qualitativa e na modalidade pesquisa de campo. Essa descrição pode representar o perfil da produção do conhecimento no campo de cuidado com a população residente na zona rural brasileira. Os moradores da zona rural possuem suas percepções acerca de saúde e doença, influenciadas pela construção cultural durante a vida. Percebe-se que a produção do conhecimento de enfermagem em cuidado volta-se primeiramente para a concepção desses sujeitos sobre saúde e doença. Além disso, o cuidado pode ser desenvolvido e percebido no âmbito familiar, sendo algumas vezes, perpetuado por meio das gerações de uma família, os quais podem auxiliar no enfrentamento da doença. Salienta-se que essas diferenças interferem na relação enfermeiro-paciente, no processo do cuidado, e no modo como cada ser humano a partir de sua cultura experiência o processo de saúde-doença e o interagir com o profissional enfermeiro. Isso indica a representação de um emaranhado complexo e profundo nas inter-relações de enfermagem, pois exige do profissional ou estudante uma visão ampla e transcendental que valorize o (re)conhecimento da cultura que é essencial para empregar um cuidado coerente, com as individualidades e necessidades de cada indivíduo, família e sociedade. Além disso, esse conceito é necessário para o desenvolvimento e reflexão da prática assistencial de enfermagem desprovida de pré-conceitos culturais a partir de um eixo teórico que proporcione apoio ao enfermeiro na formulação e implementação de ações dinâmicas e de resolutividade. Outros fatores que influenciam o cuidado na população rural elenca-se o acesso fragilizado e o distanciamento dos serviços de saúde. Também é um fator de influência o significado da terra e do trabalho não apenas como ofício mas, como fonte de renda, e de realização pessoal. Outro aspecto importante no cuidado é utilização de produtos químicos nas plantações. Esses fatores encontrados nos estudos confirmam e exemplificam que o ambiente é fator influente no cuidado de enfermagem. A busca pela espiritualidade também pode ser considerada um fator que auxilia na redução da carga imposta pela condição de estar doente. Outra característica encontrada nos estudos foram os hábitos alimentares que refletem invariavelmente na qualidade de vida e na saúde das pessoas. As populações dos estudos mencionaram a não realização de qualquer atividade de lazer, pelas dificuldades financeiras e hábitos locais. Um fator importante foi a utilização de plantas medicinais como forma alternativa de assistência à saúde e de baixo custo. Pensa-se que, os profissionais da saúde, precisam buscar reconhecer os saberes e práticas para melhor compreender o modo de viver e de cuidar dessa população. Conhecer mais profundamente a área de trabalho é um aspecto importante, pois implica em compreender a prática da realidade, sobre o qual incide a atividade do múltiplos agentes e as articulações existentes entre elas. Ficando evidente a necessidade de que o enfermeiro responsável pela assistência a esses sujeitos tenha consciência de suas demandas e necessidades para, então, ser capaz de elaborar estratégias efetivas de cuidado e intervenção. Finalmente, constatou-se, pelo número reduzido de publicações, que a pesquisa na área de enfermagem sobre os sujeitos da população rural é

incipiente, com lacunas e que necessita de impulsos para a realização de mais investigações. A organização das rotinas dos serviços de enfermagem apresenta um cenário de atenção complexo e multipanorâmico que está diretamente conectada ao envolvimento de competências e aptidões do profissional de enfermagem.

Á**REA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS**

1 Brasil. Decreto nº 311, de 02 de março de 1938. Dispõe sobre a divisão territorial do país, e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1938 mar. 02 [acesso em 2013 jan 9]. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-311-2-marco-1938-351501-publicacaooriginal-1-pe.html

2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.. Ministério da SaúdeBrasília. [Internet] 2011 a. [Acesso em 2013 jun 8]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0306_M.pdf

3 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílio 2010. [acesso em 2013 Jun 18]. Disponível: http://www.ibge.gov.br

4 Martine G, MCgranaham G. A transição urbana brasileira: trajetória, dificuldades e lições aprendidas. in População e Cidades: subsídios para o planejamento e para as políticas sociais / Rosana Baeninger (Org.). - Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; Brasília: UNFPA, 2010.

5 Silva JA. O êxodo rural nos romances *O quinze e A bagaceira.* Revista do Curso de Letras da UNIABEU Nilópolis, v. 2, Número 5, Mai. -Ago. 2011

6 Schwartz E. Família, ruralidade e saúde. Ciênc Cuid Saúde. v.2, n.supl., p.38-41. 2003.

7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil [Internet] Brasília, 2007b, p.27- 28. [Acesso em: Jul./2013]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0306_M.pdf

8 Francioni FF, Silva DGV. Processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. Texto Contexto Enferm, v.16, n.1, p.105-11, jan./mar. 2007.

9 Silva IJ, Oliveira FV, Silva SED, Polaro SHI, Radunz V, Santos EKA, Santana ME. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP; v.43, n. 3 p. 697 – 703, 2009.

10 Budó MLD. Saupe, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, v. 14, n. 2, p. 177-185, 2005.

11 Lima TCS, Mioto RCT. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Rev. Katálysis. v.10, n.esp, p.37-45. 2007.

12 Cavalcante IMS, Nogueira LMV. Práticas Sociais coletivas para a saúde no assentamento Mártires de abril na Ilha de Mosqueiro – Belém, Pará. Esc. Anna Nery v.12 n.3 Rio de Janeiro set. 2008

13 Manfrini GC, Boehs AE. Cuidando de Famílias Rurais na perspectiva do desenvolvimeno da família. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá. v.4, n. 3, p.213-223, set/dez. 2005.

14 Parreira, L. O cuidar ribeirinho: os saberes e práticas de saúde das famílias da Ilha Mutum-PR. Acta Scientiarum Maringá, v. 24, n. 3, p. 791-801, 2002

15 Costa MC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. Rev. esc. enferm. USP vol.46 no.5 São Paulo Oct. 2012

16 Freire P. Ideologia e educação: reflexões sobre a não neutralidade da educação. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1981.

17 Wanderley MNB. A valorização da agricultura familiar e a reivindicação da ruralidade no Brasil. Desenvolvimento e Meio Ambiente, n. 2. p. 29-37., jul./dez. 2000.

18 Laurell AC. Noriega M. Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec. 1989.

19 Iserhard ARM, Budó MLD, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascido de risco do Sul do Brasil. Esc Anna Nery. 2009. Jan-Mar; 13(1):116-22.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# FATORES LIMITANTES NO AUTOCUIDADO MASCULINO NA PREVENÇAO DA NEOPLASIA DA PRÓSTATA: IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

# LIMITATIONS FACTORS IN THE MALE SELFCARE IN PREVENTION OF PROSTATIC NEOPLASM: IMPLICATIONS FOR NURSING

# FATORES LIMITANTES EN AUTO CUIDADO MASCULINO EN PREVENCIÓN DE NEOPLASIA DE PRÓSTATA: IMPLICACIONES PARA ENFERMERÍA

MATHIAS, Caroline Viera [1]
GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene de Oliveira[2]
MISTURA,Claudelí[3]
JACOBI, Caren da Silva[4]
ROSSATO, Karine[5]

1 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria
(PPGEnf./UFSM). Integrante do Grupo de Estudos Cuidado, Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: mathiasvcarol@yahoo.com.br
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf./UFSM. Integrante do Grupo de Estudos Cuidado, Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: nara.girardon@gmail.com
3Enfermeira. Mestranda pelo PPGEnf da UFSM. Integrante do Grupo de Estudos Cuidado, Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: claumistura@gmail.com
4Enfermeira. Mestranda pelo PPGEnf da UFSM. Integrante do Grupo de Estudos Cuidado, Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: cahjacobi@hotmail.com
5 Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

**RESUMO:** O autocuidado é cuidar-se, adotando medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde. Entretanto, nesse contexto, a população masculina busca de forma reduzida seu autocuidado, resultando em crescentes taxas de morbimortalidade por agravos preveníveis ou tratáveis se detectados precocemente, como é o caso da neoplasia da próstata. Objetivou-se refletir sobre alguns fatores que limitam a prática do autocuidado pelo homem na prevenção da neoplasia de próstata e as implicações para equipe de enfermagem. Reflexão teórica embasada em publicações científicas. Dentre os fatores limitadores do autocuidado do homem estão: o gênero; os medos e preconceitos acerca do diagnóstico da doença e a acessibilidade aos serviços de saúde nos níveis de atenção primária e secundária. Portanto, é preciso que a equipe de enfermagem e os serviços de

saúde estejam atentos para incluir o homem nas ações de saúde, proporcionando conhecimento para o autocuidado de acordo com as suas peculiaridades.

**DESCRITORES:** Saúde do homem; Autocuidado; Neoplasias da próstata; Enfermagem.

**ABSTRACT:** The self care is the care of itself adopting measures for disease prevention and health promotion. However, it is in this context, the male population seeking reduced form of self care, resulting in increased morbidity and mortality rates for preventable or treatable diseases if detected early as prostatic neoplasm. It was aimed to reflect about some factors that limit the practice of self care for the man in prevention of prostatic neoplasm and the implications for nursing staff. It was theoretical reflection grounded in scientific publications. Among the limiting factors in self care of the man are: gender; fears and prejudices about the diagnosis of the disease and accessibility to health services in the primary and secondary levels. Therefore, it is necessary that the nursing staff and health services are aware to include the man in health actions providing knowledge of the self care according to their peculiarities.

**DESCRIPTORS:** Men's health, Self care, Prostatic neoplasms; Nursing.

**RESUMEN:** El auto cuidado es se cuidar, adoptando medidas para prevención de enfermedades y promoción de salud. Sin embargo, la población masculina busca reducidamente el auto cuidado, resultando en aumento de morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles o tratables si detectadas a tiempo, como la neoplasia de próstata. Reflexionar sobre algunos factores que limitan la práctica del auto cuidado por el hombre en la prevención de neoplasia de próstata y las implicaciones para el equipo de enfermería. Reflexión teórica fundamentada en publicaciones científicas. Entre los factores limitantes del auto cuidado del hombre están: género, temores y prejuicios sobre el diagnóstico de la enfermedad y accesibilidad a servicios de salud en los niveles de atención primaria y secundaria. Así, es necesario que el equipe de enfermería y servicios de salud se quedan atentos para incluir al hombre en acciones de salud, proporcionando conocimientos para el auto cuidado de acuerdo a sus particularidades.

**DESCRIPTORES:** Salud del hombre; Auto cuidado; Neoplasias da próstata; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O autocuidado foi mencionado pela primeira vez, no campo da enfermagem, em 1958, quando a enfermeira Dorothea Elisabeth Orem passou a refletir acerca do porquê os indivíduos necessitam de auxílio da Enfermagem e podem ser auxiliados pela mesma. A partir dessa reflexão formulou-se sua Teoria sobre o Déficit do Autocuidado, como uma teoria geral constituída por três teorias relacionadas: Teoria do Autocuidado (descreve e

explica o autocuidado); a Teoria do Déficit do Autocuidado (as razões pelas quais a enfermagem pode ajudar as pessoas); e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (descreve as relações que são necessárias estabelecer e manter para que se de a enfermagem)[1]. O autocuidado é a atenção e ação que se exerce sobre si mesmo para preservar e cultivar qualidade de vida de maneira responsável, autônoma e livre nas escolhas das ferramentas para sua realização. Não significa constante bem estar, mas sim acolher os confortos e desconfortos, ver as causas e escolher agir ou não sobre elas. Além disso, cuidar-se é buscar as necessidades do corpo e da mente, melhorar o estilo de vida, evitar hábitos nocivos, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças, adotando medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde[2]. Entretanto, na população masculina brasileira observa-se a reduzida busca pelo autocuidado, o que acarreta em crescentes taxas de morbimortalidade. Essa postura reflete-se na detecção de diagnósticos tardios que reduzem as probabilidades de tratar agravos à saúde, como é o caso da neoplasia ou câncer de próstata, que compromete a capacidade funcional e diminui as chances cura de muitos homens. A neoplasia de próstata é uma doença de evolução lenta, cuja história natural é pouco conhecida e que atinge, predominantemente, homens com idade acima de 45 anos[3]. Suas causas são ainda hoje pouco conhecidas. Embora possa haver uma maior incidência em homens com familiares em primeiro grau acometidos por essa doença, até hoje não se encontrou nenhum gene que possa ser responsabilizado[4].

Atualmente, nos países desenvolvidos o câncer de próstata corresponde a 15% de incidência comparada a 4% dos cânceres masculinos em países em desenvolvimento. No Brasil configura-se a segunda causa mais comum de morte em homens. A Organização Mundial de Saúde estima que, no ano de 2030 haverá 27 milhões de casos incidentes de câncer de próstata, sendo que cerca de 17 milhões morrerão[5].

Entretanto, o maior efeito de incidência ocorrerá em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, em função do aumento da longevidade populacional. Sob esse aspecto, nas últimas décadas, o câncer teve uma expansão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial[6]. Dentre as modalidades de tratamento incluem a quimioterapia, estando ou não associada à radioterapia, imunoterapia, cirurgia, entre outras. O protocolo instituído depende do tipo de tumor, seu comportamento biológico, localização, extensão, estadiamento e evolução clínica, idade e condições gerais do paciente, porém, deve atender às suas necessidades físicas, psicológicas e sociais[1]. Nessa perspectiva, o tratamento do câncer caracteriza-se como sendo longo, invasivo, doloroso e desgastante. Em face da doença, geralmente, paciente e família ficam expostos ao sofrimento e expectativas diversas, há uma adaptação cotidiana, os aspectos sociais, emocionais, afetivos, culturais e espirituais formam um contexto que submetem tais sujeitos a instabilidade, em decorrência do medo e mitos da doença oncológica, visto que seu aparecimento é associado às questões de morte[1]. Como reflexo disso e de outros fatores, o Ministério da Saúde criou, no Brasil, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com objetivo de facilitar e ampliar o acesso

equitativo da população masculina aos serviços de saúde, em resposta à observação de que os agravos do sexo masculino são um problema de saúde pública[7]. Contudo, existem alguns fatores que dificultam a prática do autocuidado entre os homens na prevenção da neoplasia de próstata, tais como: gênero; medo de deparar-se com o diagnóstico da doença e a acessibilidade aos serviços de saúde nos níveis de atenção primária e secundária, especialmente. Assim, discutir acerca desses fatores torna-se imprescindível à implementação de ações de saúde que incentivem o autocuidado do homem a prevenção e ao diagnóstico precoce da neoplasia, uma vez que tal clientela necessita ser vista em sua singularidade e diversidade no âmbito das relações que estabelece.

**OBJETIVO**

Refletir acerca de alguns fatores que limitam o autocuidado pelo homem na prevenção da neoplasia de próstata e as implicações para equipe de enfermagem nesse contexto.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de reflexão, com embasamento teórico pautado em conteúdos de publicações científicas – livros e produções captadas em bases de dados *online* - que abordam as temáticas de saúde do homem, autocuidado e neoplasia de próstata. Da articulação de tais leituras, fez-se a reflexão sobre saúde homem, autocuidado, neoplasia da próstata e enfermagem. É importante destacar que, o presente trabalho é resultante de discussões e leituras para construção do referencial teórico utilizado no projeto de dissertação de mestrado intitulado: "Experiência da família rural ao ter o pai/esposo hospitalizado por câncer de próstata", pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. A seguir serão abordados os seguintes aspectos: Gênero: facetas do sexo masculino; Neoplasia de próstata: medos e preconceitos acerca do diagnóstico; Serviço de saúde e a acessibilidade à saúde do homem.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

**Gênero: facetas do sexo masculino** Diferente de outras épocas, a partir dos anos 1990, a discussão sobre "homem e saúde" foi diferenciada e passa a refletir a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos, em que transitam teorias para o enfoque de gênero e interligam conceitos de saúde e sociologia. No Brasil, a PNAISH propôs qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção, ou seja, promover, prevenir e assistir os homens compreendendo suas particularidades. Isso implica em avanço e reconhecimento brasileiro por ações voltadas à saúde do homem[8]. Nesse enfoque, os homens passaram a ter um lugar ao lado de outros sujeitos, focos mais antigos de ações de saúde específicas, como: mulheres, adolescentes e jovens, idosos, pessoas com deficiência física ou mental. Ou seja, havia uma visão obsoleta a respeito do homem, em que ele era visto como um

representante universal da espécie humana, não sendo singularizado nas questões de gênero que o envolvem[8].

O entendimento de que gênero é algo que vai se construindo e que é um produto histórico, com estruturação material e simbólica da vida social, torna-se imprescindível para compreender determinados comportamentos, que são invariavelmente mutáveis. No tocante à saúde, homens e mulheres a percebem de formas diferentes, o que gera grande impacto nas estratégias que utilizam para cuidarem-se, e no manejo que conduzem suas situações de desordens físicas e psicológicas[9]. Em nossa sociedade, o papel de cuidar da saúde e da família é atribuído à mulher, pois o homem só procura os serviços de saúde em último caso, quando os problemas se agravam. Uma investigação acerca das percepções dos homens sobre o cuidado à saúde aponta que este se destina às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, sendo considerado pelos homens como uma atitude feminilizada, o que lhes provocaria a sensação de não pertencimento tal ação[3]. Consequentemente, essa problemática acaba sendo o principal fator do aumento da mortalidade entre homens, principalmente, no que tange a neoplasia de próstata[10].

O câncer de próstata atinge cerca de 2 a 2,3% dos homens entre 45 e 75 anos de idade no mundo. No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 2012 ocorreram 60.180 casos novos de câncer de próstata, correspondendo a um risco de 62 a cada 100 mil homens[11]. Além disso, o câncer é uma doença carregada de preconceitos, que carrega o estigma de maldição, mau presságio, sentença de morte, e não simplesmente uma doença, na qual o indivíduo, geralmente, sente-se inadequado, afastando-se ou sendo afastado de seu grupo e enfrentando a solidão. Ele é resultante do crescimento rápido e desordenado de células anormais e com características invasivas que se infiltram em tecidos e órgãos. Tais células ignoram as sinalizações de regulação do crescimento no ambiente circunvizinho, podendo espalhar-se por meio dos vasos sanguíneos e/ou linfáticos para outras regiões do corpo, formando as metástases[12].

As causas do câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural (cigarro, exposição excessiva ao sol, alguns vírus e alimentos). Já como causas internas destacam-se, na maioria das vezes, as geneticamente pré-determinadas, estando ligadas à capacidade do organismo em defender-se das agressões externas (envelhecimento, hereditariedade). Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais[11]. Essa crise vital impõe ao homem a vivência de situações novas que exigem redefinições, formas de enfrentamento, mudanças no funcionamento familiar e períodos extensos de adaptação[13]. Tais mudanças diante da doença provocam um confronto entre o homem e as normas de gênero, que são papéis pré-determinados e imposições sociais que indicam quais funções e comportamentos devem ser assumidos em função do gênero, além da dificuldade de enfrentar a doença por estar impossibilitado de exercer seu papel, passando por um sentimento de impotência e inferioridade, podendo

desencadear conflitos emocionais e reações psíquicas associadas a crenças e padrões de comportamento[13]. Atualmente, vivemos em uma sociedade estruturada pela ideologia do patriarcado que legitima a "superioridade" do homem, este influenciado pelas ideias hegemônicas de que deve ser forte, dominador e invencíveis[10]. Por esse fato, cuidam pouco da saúde e demoram a procurar assistência especializada, uma vez que o cuidado com a saúde pode ser visto como sinal de fragilidade.

Portanto, o papel da intervenção de enfermagem na saúde do homem com câncer de próstata implica em relacionar o fator de gênero, a fim de implementar medidas que estimulem seu autocuidado, como: atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas com a população masculina sobre o câncer; consultas de enfermagem, fazendo uso de linguagem clara que facilite a comunicação e o entendimento das informações oferecidas pelo enfermeiro, potencializando os cuidados e a manutenção da saúde.**Neoplasia de próstata: medos e preconceitos acerca do diagnóstico** Mesmo reconhecendo a importância do autocuidado no diagnóstico precoce do câncer de próstata, a maioria dos homens apresenta grande medo e preconceito[10]. Por consequência, a confirmação do diagnóstico de câncer de próstata leva o homem e sua família a se depararem com difíceis decisões e enfrentamentos, tornando-se um desafio.

Isso ocorre porque a transição entre a saúde e o adoecimento de câncer não afeta apenas a vida do homem, mas a de outras pessoas, levando-os a expressarem variados sentimentos e a adotarem comportamentos que o ajudem no enfrentamento do diagnóstico e na adaptação cotidiana ao tratamento requerido pela doença[9]. Outra questão é o tipo de exame diagnóstico utilizado, como é o caso relacionado ao toque retal, atitude que não deve ser ignorada nem mesmo julgada pelos profissionais da saúde, já que realmente pode causar constrangimento para o homem[10]. Fazer o toque retal é uma prática que pode suscitar no homem o medo de ser tocado nessa parte do corpo. Esse medo pode se desdobrar em inúmeros outros, como: o medo da dor, tanto física como simbólica, presente no imaginário masculino. Esse tipo de toque, que envolve penetração, pode ser percebido como violação e, isso, quase sempre se associa à dor. Em contrapardida, mesmo que o homem não sinta dor, no mínimo, experimenta o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado numa parte tão íntima de seu corpo[14]. Nas relações sociais estabelecidas por ele, o câncer de próstata pode provocar transtornos psicológicos, como: o medo de ficar menos atraente fisicamente. Em geral, a possibilidade do tratamento de neoplasias é que acarreta apreensões, em decorrência dos efeitos colaterais: alopecia, náusea, vômito, anorexia, perda de peso, fraqueza e diminuição da libido, assim, todos esses sintomas podem levar o homem a estar ou a sentir-se menos atraente em relação a seu parceiro sexual, caso haja[10].

Além disso, pode haver o medo de perder a independência e autonomia provocadas pela doença. Muitas vezes, as responsabilidades que cabiam, geralmente, ao homem necessitam ser revistas e assumidas por outros indivíduos ou pelo cônjuge, de modo que o homem, sendo considerado o parceiro mais ativo pode, nesse momento, tornar-se mais passivo. Tal inversão de papéis acarreta, naturalmente, uma carga de estresse adicional ao homem[14].

Então, a sabedoria do profissional de saúde para compartilhar o diagnóstico de câncer com o homem é uma arte, sendo necessário o reconhecimento dos mecanismos usados diante dessa doença. Esses mecanismos são descritos nos estágios de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Pois, o existir com câncer é marcado por um sofrimento contínuo, que traduz sentimentos diferentes, dependendo dos momentos que vive esse homem e de suas crises que experiência[9]. Nesse contexto, o profissional de enfermagem deve proporcionar todo tipo de conhecimento relacionado à saúde masculina para auxiliá-los no autocuidado referente à prevenção e diagnóstico precoce, identificação quanto à presença ou não de sinais e sintomas que possam indicar alterações relacionadas à neoplasia de próstata[15], bem como no planejamento e avaliação da assistência oferecida, visando alcançar o bem-estar e melhores condições para manutenção da saúde da população masculina.

**Serviço de saúde e acessibilidade à saúde do homem** Os serviços de saúde apresentam grandes dificuldades em acompanhar a saúde do homem. Entretanto, o artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988 aborda que a saúde é direito de todos e dever do Estado[16]. Essa garantia de atenção à saúde é assegurada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente com vinte e três anos de existência, mas que ainda atravessa problemas cruciais para a sua plena efetivação, sendo um deles a acessibilidade. A acessibilidade configura-se um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Referese às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários, sendo um fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde por grupos populacionais[17]. É possível, também, compreender as várias dimensões envolvidas na acessibilidade: acessibilidade geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.

A acessibilidade geográfica, compreendida como a distância média entre a população e os serviços de saúde, deve ser medida levando-se em conta as barreiras geográficas e, por conseguinte, o tempo que o usuário levará para obter a assistência à saúde. A acessibilidade organizacional refere-se aos obstáculos que podem estar na entrada ou no interior das Unidades de Saúde. Entre eles, destaca-se a demora para obter consulta, em função de horários e turnos de atendimento, o tempo de espera para que o usuário seja atendido, realize os exames complementares, diagnósticos e encaminhamentos aos serviços de referência e contra-referência. Quanto à acessibilidade sociocultural, esta se relaciona à percepção dos usuários acerca das crenças sobre saúde, doença e corpo, tolerância à dor e credibilidade nos serviços. E a acessibilidade econômica inclui o consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência, bem como os prejuízos por perda de dias de trabalho e as possíveis perdas em função do afastamento por doenças e ou tratamento[18]. Então, relativo à saúde do homem destaca-se, na acessibilidade organizacional, a reduzida jornada de trabalho da maioria dos serviços de saúde, no nível de atenção primário e secundário. Na área urbana, embora existam mais ofertas de serviços de

saúde, estes não são oferecidos em quantidades suficientes, pois a demora no atendimento e horários incompatíveis são grandes motivos para não procura, já que as atividades laborais se destacam como prioridade dentre as preocupações masculinas[8].

A acessibilidade sociocultural refere-se à apreciação dos fenômenos que determinam a busca da assistência à saúde, tais como: percepção do homem sobre seu corpo e o câncer de próstata, crenças e credibilidade nos serviços de saúde. Um exemplo trivial pode ser visualizado quando um homem é acometido por alguma enfermidade, na qual, com frequência, sua primeira opção é buscar auxílio numa farmácia, por considerar algo mais objetivo e rápido do que na atenção primária. Esta atitude talvez possa ser explicada pelo sentimento de vergonha dos profissionais, principalmente se este for do sexo feminino, ou dificuldade de comunicação para resolver seu problema de saúde[18].

De acordo com uma pesquisa[19], nota-se que na atenção primária a demanda dos homens por atendimento é inferior à das mulheres, devido a diferentes variáveis, uma delas é a procura de serviços emergenciais, tais como: farmácias e pronto-socorro, pois nestes serviços poderiam expor melhor seus problemas e serem atendidos mais rapidamente. Essa busca por esses serviços de saúde se opõe ao preconizado, uma vez que a atenção básica é a porta de entrada e o principal contato dos usuários com os serviços de saúde, independente de sexo ou idade[20]. Por último, a acessibilidade econômica. Partindo-se do pressuposto de que o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde é um princípio constitucional, não deveriam existir barreira dessa ordem[17]. Entretanto, o SUS ainda apresenta oferta insuficiente para a grande demanda que possui, seja na qualidade dos recursos humanos para atuar de forma capacitada na saúde do homem ou na quantidade de recursos materiais para diagnóstico precoce da neoplasia de próstata. Isso ocasiona uma elevada busca de assistência pelo setor privado, prejuízos financeiros decorrentes de afastamento e despesas com tratamentos quimioterápicos e radioterápicos. Diante disso, se faz necessário que os serviços e os profissionais de saúde estejam organizados e preparados para oferecer uma assistência integral, individualizada e eficaz à clientela masculina que busca atendimento à saúde, mas também proporcionar meios que possibilitem seu empoderamento para desenvolver seu autocuidado. Desse modo, acredita-se que o sistema de saúde e os profissionais que nele trabalham possam ser considerados corresponsáveis na prevenção da neoplasia de próstata.

## CONCLUSÃO

Perante o exposto, reconhece-se que no campo do autocuidado à saúde, o homem como sujeito realiza poucos ações preventivas, o que ocasiona aumento no número de suas enfermidades, em exemplo, a neoplasia de próstata. Para tanto é preciso que os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na atenção básica, como os enfermeiros, estejam atentos a essa questão. Incluir o homem nas ações de saúde é no mínimo desafiador, pois implica em considerar diferentes dimensões e singularidades do ser-homem na sociedade atual. Isso implica em considerar questões que envolvem gênero,

medos e preconceitos acerca do diagnóstico de câncer e a dificuldade da acessibilidade dos serviços de saúde. Antes de qualquer atitude, diante dessa clientela, é importante o entendimento do autocuidado e a valorização do corpo no cuidado à saúde, de acordo com as suas peculiaridades durante o cuidado realizado pelos profissionais de saúde. A partir daí, será possível torná-los colaboradores do processo de promoção e prevenção à saúde. No tocante a problemática que envolve a neoplasia de próstata, a principal responsabilidade dos serviços de saúde é fazer com que a população masculina venha a aderir aos exames preventivos e sejam atores na promoção da sua própria saúde. Acredita-se que, dessa forma será possível aumentar o controle dessa doença e a transformação da realidade do processo saúdedoença para os casos detectados precocemente.

**REFERÊNCIAS**

1. Silva JI, Oliveira FMV, Silva SED, Polaro SHI, Ranüniz V, Santos EKA, Santana ME. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: um compreensão paradigmática do cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43 (3): 697-703.

2. Barata JML, Jesus PDS, Paulino SB, Pinali TA. Saúde do homem: vencendo barreiras para o autocuidado. Percurso Acadêmico. 2011; 1 (1): 184-185.

3. Amorim VMSL, Barros MBA; César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. Caderno de Saúde Pública. 2011; 27 (2): 347-356.

4. Vieira LJES, Santos ZMSA, Landim FLP, Caetano JÁ, Neta CAS. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. Ciência e Saúde Coletiva. 2008; 13 (1): 145-152.

5. Heidenreich A et al. Diretrizes sobre câncer da próstata. Eur Urol. 2011; 59 (4): 572-83.

6. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. O que é câncer. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2012 [acesso em 25 jul 2013]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=81.

7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Homem. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 92 p.

8. Vieira LCS, Figueiredo MLF, Sales RLUB, Lopes WMPS, Avelino FVD. A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. Enfermagem em Foco. 2011; 2 (4): 215-217.

9. Xavier ATF, Ataíde MBC, Pereira FGF, Nascimento VD. Análise de gênero para o adoecer de câncer. Rev Bras Enferm. 2010 nov-dez; 63(6): 921-6.

10. Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2011; 16 (1): 935-944.

11. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer (INCA)**.** Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2012 [acesso em 2013 jul 18]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?id=5

12. Nehmy RMQ, Brito AC, Mota JAC, Oliveira BM. A perspectiva dos pais sobre a obtenção do diagnóstico de leucemia linfóide aguda em crianças e adolescentes: uma experiência no Brasil. Rev Bras Saude Mater Infant [online]. 2011; 11 (3) [acesso em 25 jul 2013]: 293-299. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292011000300010&lng=en&nrm=iso.

13. Gianini MMS. Câncer e gênero: enfrentamento da doença [dissertação]. São Paulo: Universidade Católica de São Paulo; 2007. 88 p.

14. Campos HLM. et al. Aspectos Culturais que Envolvem o Paciente com Diagnóstico de Neoplasia de Próstata: um Estudo na Comunidade. Revista Brasileira de Cancerologia. 2011; 57(4): 493-501.

15. Medeiros AP, Menezes MFB, Napoleão AV. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 2011; 64 (2): 385-388.

16. Ministério da Saúde (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília-DF: Senado Federal. Centro Gráfico; 1988.

17. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114:1115-8.

18. Fekete MC. Estudo de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP (Org.). Desenvolvimento gerencial de unidade básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Unidade 3. Texto de Apoio da unidade 1: Organização Pan-Americana de Saúde. 1995; 114-20.

19. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciênc. saúde coletiva. 2005 jan/mar; 10 (1): 105-109.

20. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. 2006 [acesso em 25 jul 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf.

# A INSERÇÃO SOCIAL DE MULHERES ALCOOLISTAS PARTICIPANTES DE GRUPO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

# THE INSERTION OF WOMEN SOCIAL ALCOHOLICS PARTICIPATING IN A GROUP OF PSYCHOSOCIAL CARE CENTER

# LA INSERCIÓN DE LAS MUJERES ALCOHÓLICOS SOCIALES PARTICIPANDO EN UN GRUPO DE CENTRO DEATENCIÓN PSICOSOCIAL

MATTOS, Lilian Lopes
HILDEBRANDT, Leila Mariza
TERRA, Marlene Gomes
MARTINS, Ricardo Vianna
LEITE, Marinês Tambara

1Enfermeira, Residente no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental, Universidade Federal de Santa Maria. Email: lilian.lm@hotmail.com
2Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões/RS.
3Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria - Campus de Santa Maria/RS.
4Psicólogo, Doutor em Psicologia, Docente do Curso de Enfermagem , Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões/RS.
5 Enfermeira, Doutora em Gerontologia, Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões/RS.

## RESUMO

O alcoolismo constitui-se em uma enfermidade crônica, entretanto, o alcoolismo feminino é pouco visível e as mulheres vivenciam dificuldades em todas as situações vividas. O estudo objetiva apreender como se dá a inserção de mulheres alcoolistas participantes de grupos em um Centro de Atenção Psicossocial, na esfera social, profissional e familiar. Pesquisa qualitativa e descritiva, realizada no Centro de Atenção Psicossocial I, localizado em um município do noroeste do Rio Grande do Sul. Participaram cinco mulheres alcoolistas. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada e a análise dos dados seguiu a proposta de análise temática. As informações foram agrupadas em um tema. Os dados apontam a interferência do alcoolismo na vida, bem como a importância do tratamento para a manutenção da abstinência. Conclui-se que discussões acerca do alcoolismo feminino precisam ser reforçadas a fim de qualificar profissionais de saúde para atender as diferentes demandas dessa população.

**ABSTRACT**
Alcoholism is a disease in chronic, however, female alcoholism is barely visible and women experience difficulties in all situations encountered. The study aims to grasp how is the inclusion of women alcoholics group participants in a Psychosocial Care Center, in the social, work and family. A descriptive and qualitative held in Psychosocial Care Center I, located in a county of northwestern Rio Grande do Sul participated in five women alcoholics. For data collection we used semistructured interviews and data analysis followed the proposal of thematic analysis. The data were grouped into a theme. The data indicate interference in the life of alcoholism, as well as the importance of the treatment for maintaining abstinence. We conclude that discussions about female alcoholism need to be strengthened in order to qualify health professionals to meet the different demands of this population.

**Descriptors**: Mental Health; Nursing; Alcoholism; Women; Group Practice.

**RESUMEN**
El alcoholismo es una enfermedad crónica, sin embargo, el alcoholismo femenino es apenas visible yexperimentaron dificultades de experiencia de las mujeres en todas las situaciones. El estudio tiene comoobjetivo captar cómo la inserción de los alcohólicos mujeres grupo de participantes en un centro de atenciónpsicosocial, en el ámbito social, trabajo y familia. Investigación cualitativa y descriptiva, celebrado en lastapas que, situado en un pueblo del noroeste de Rio Grande do Sul, Brasil. Participó en las mujeresdiagnosticadas con alcoholismo, donde la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada yanálisis de datos seguían la propuesta de análisis temático. La información ha sido agrupada en distintostemas. Los datos sugieren que la interferencia del alcoholismo en la vida, así como la importancia deltratamiento para el mantenimiento de la abstinencia. Se concluye que las discusiones sobre alcoholismofemenino deben reforzarse para calificar a profesionales de la salud para satisfacer las diferentes demandas deesta población.

**Descriptores:** Salud Mental; Enfermería; Alcoholismo; Mujeres; Grupo de práctica.

**INTRODUÇÃO**
O álcool é uma substância que causa dependência chamada alcoolismo. No mundo, "a doença causada pelo álcool" preocupa significativamente os sistemas de saúde, estimando-se o número de dependentes entre 10% e 15% da população mundial[1]. Também conhecido como "síndrome da dependência do álcool", o alcoolismo é uma doença caracterizada pela compulsão para o uso de álcool, perda de controle, dependência física, evidência de tolerância e abstinência[2]. O alcoolismo tem pouca relação com o tipo e a quantidade de álcool ingerido pela pessoa ou até mesmo há quanto tempo ela bebe. Relaciona-se com a

necessidade incontrolável de consumir bebidas alcoólicas. Essa condição constitui-se na principal causa de acidentes automobilísticos graves e mortes violentas[3]. No mesmo sentido, de acordo com o Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas (CEBRID), o álcool é responsável por 85% das internações decorrentes do uso de substâncias psicoativas, 20% das internações em clínica geral e 50% das internações masculinas psiquiátricas[4]. Ainda não existe uma explicação unânime sobre a etiologia do alcoolismo, porém, sabe-se que todas as pessoas que usam bebidas alcoólicas estão vulneráveis a se tornarem dependentes dessa substância no futuro. As causas do alcoolismo envolvem fatores como o ambiente social, etnia, saúde emocional e psíquica, situação socioeconômica, predisposição genética, entre outras. O abuso de álcool reduz a expectativa de vida em 10 anos e é considerada a primeira causa de morte relacionada ao uso de substâncias[5]. Homens e mulheres enfrentam essa patologia que, por muitos anos, não foi caracterizada como tal e sim como desvio de conduta e caráter. Existem diferenças no consumo de álcool relacionadas ao gênero. Geralmente, o uso abusivo está mais associados aos homens, no entanto, existem outros estudos apontando o aumento entre mulheres e de maneira mais precoce, mostrando que a diferença entre os gêneros têm diminuído progressivamente[6]. Nas mulheres, o alcoolismo, comumente, é abordado de maneira diferente. Além do preconceito que ainda permeia a sociedade em relação a essa condição, frequentemente o diagnóstico se confunde ou é demorado, ocasionando várias consequências na vida pessoal, profissional e social das mulheres. Elas foram conquistando seu espaço na sociedade e essa situação foi trazendo repercussões tanto positivas como negativas. Muitas vezes, são provedoras de lares, condição antes assumida apenas por homens. Além disso, conciliam a relação conjugal, o cuidado dos filhos e do lar, o que pode representar situação geradora de estresse. Em função dessa sobrecarga, em algumas situações, elas acabam buscando alívio no uso de substâncias psicoativas, como o álcool. Mulheres com problemas alcoólicos demoram a buscar ajuda ou muitas vezes essa procura não parte de si mesma, devido à vergonha, medo ou receio de serem reprovadas pelas pessoas próximas. Frequentemente, elas deixam a doença chegar ao extremo, ocasionando perdas de grandes proporções, tanto nas questões sociais, familiares, profissionais e até em sua feminilidade. Respeito, admiração, conquistas, carinho dos indivíduos que estão próximos e profissionalismo são fatores que alcoolistas, usualmente, não dão importância e acabam não conseguindo manter a mesma postura e nem realizar as mesmas tarefas antes de adoecer. Para isso, existem diversas formas de tratamento como a intervenção farmacológica, a psicoterapia individual, a psicoterapia de grupo, a psicoterapia familiar, os grupos de ajuda mútua, a entrevista motivacional, prevenção de recaída e treinamento de habilidades sociais[7]. Além destes, há serviços substitutivos que oferecem várias modalidades de intervenção, como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e os ambulatórios de saúde mental. Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são serviços de atenção diária em saúde mental, de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico. Têm a responsabilidade de atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes,

trabalhando sob a lógica da territorialidade. O CAPS trabalha com equipe multiprofissional e as atividades desenvolvidas nesse espaço são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arteterapia, além da administração de medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento. Nesse serviço, a família é considerada como parte fundamental do tratamento, tendo atendimento específico (em grupo ou individual) e livre acesso ao serviço, sempre que se fizer necessário. Além de serviços especializados em saúde mental, a atenção básica também tem o dever de prestar assistência à saúde de forma integral e resolutiva à população de sua área de abrangência. Quando um indivíduo, principalmente a mulher, está enfrentando uma doença, toda sua família é atingida. Então, se ocorrer um trabalho em conjunto, com acompanhamento da equipe multiprofissional, é possível se atingir o bem-estar de todos e, principalmente, a recuperação da mulher. A mulher usuária de álcool necessita de atenção especial por parte dos profissionais de saúde e familiares, sobretudo no que se refere aos aspectos emocionais, a sua degradação fisiológica e a promoção de sua autoestima. Esse conjunto de atenções possibilita o resgate da cidadania, objetivando melhor continuidade do processo de inserção na sociedade. No Brasil, existem poucos estudos relacionados à dependência alcoólica, carência de serviços especializados para atendimento dessa população, bem como fragilidades na formação de profissionais de saúde, modelos de tratamentos, técnicas e intervenções dirigidas a esse contingente populacional. Profissionais qualificados contribuiriam na detecção precoce do problema, seu tratamento e seguimento[8]. Assim sendo, o **objetivo** dessa pesquisa é apreender como se dá a inserção social de mulheres alcoolistas, participantes de grupos em um Centro de Atenção Psicossocial, na esfera pessoal, social, profissional e familiar. O estudo pode contribuir com discussões sobre a atenção a esse estrato populacional, que ainda é considerado o "sexo frágil". Além disso, poderá servir de subsídio para pesquisas posteriores em relação a esse tema.

## METODOLOGIA

Esta pesquisa é de caráter qualitativo por trabalhar com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, esse tipo de investigação trabalha com significados, anseios, crenças, valores e atitudes das pessoas[9]. É também descritiva, por ter como objetivo descrever as características de uma população, seus valores, procedência, nível de escolaridade, seus problemas e seu cotidiano[10]. A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), cujo número do processo é 23081.012822/2011-47. Foram feitas entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado, sendo realizadas no CAPS I, em horário previamente combinado, em espaço privado, de forma individual, com prévia concordância dos sujeitos e após esses terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista foi realizada em uma sala do serviço em que as mulheres

com idade igual ou superior a 18 anos, alcoolistas, em tratamento no CAPS I, em modalidade grupal, foram convidadas a participar da pesquisa. Como critério de exclusão para a inserção no estudo, elegeu-se mulheres com déficit cognitivo e estado confusional em decorrência do alcoolismo. Foram realizadas cinco entrevistas com mulheres que frequentam o grupo de usuários de substâncias psicoativas do CAPS I, destas duas participam via ordem judicial e as demais foram encaminhadas ao CAPS I por profissionais de saúde de outros serviços. Todas foram informadas acerca do projeto, seus objetivos, finalidade, coleta de dados e os aspectos éticos. Depois de devidamente esclarecidas, da leitura e assinatura do Termo Livre e Esclarecido, dava-se início às entrevistas. Para a análise dos dados empregou-se os passos preconizados por Minayo[11]. A primeira etapa denomina-se ordenação dos dados e compreende a reunião do material gravado, a transcrição das entrevistas, a leitura e a releitura do material, a organização dos relatos em uma determinada ordem (início de classificação). A segunda fase é classificação dos dados, momento em que se faz leituras exaustivas e repetidas dos dados obtidos no campo empírico da pesquisa, buscando identificar os aspectos relacionados ao tema do estudo e, com isso, construir as categorias analíticas. Por fim, a análise final em que se faz a articulação entre os dados obtidos junto aos sujeitos do estudo e a revisão da literatura, respondendo aos objetivos da pesquisa.

## RESULTADOS

As informações coletadas junto às mulheres alcoolistas foram agrupadas em duas subseções. Uma delas traz as características das mulheres e a outra aborda o tema que versa sobre a sua inserção social após a participação no grupo, em um serviço substitutivo de saúde mental. **Caracterização das mulheres participantes da pesquisa:** Com relação à inserção das mulheres que integraram a pesquisa, no mercado de trabalho, três delas não exercem atividades profissionais, destas uma é estudante e outra nunca exerceu uma profissão. Para pessoas com alcoolismo, o fato de terem uma função profissional deixa-as mais estimuladas a buscar a abstinência, para poderem exercer suas funções com qualidade e dedicação. Ainda uma delas refere ter perdido vários empregos em função do alcoolismo, enquanto outra diz não estar conseguindo trabalhar no momento em função de ter iniciado o tratamento há pouco tempo. Na questão da religião, quatro delas professam alguma crença religiosa, mas nenhuma relatou acerca da influência da mesma sobre o alcoolismo e seu tratamento. Sobre o estado civil, três são casadas e duas são solteiras. As entrevistadas apontaram que o uso de álcool compromete as relações afetivas. **Tema: O alcoolismo feminino e sua interface com os aspectos pessoais, sociais, familiares e profissionais na ótica das mulheres alcoolistas integrantes do grupo:** O alcoolismo constitui-se em uma doença crônica, cujas características clínicas, muitas vezes, produzem distorções no diagnóstico em função de elas estarem presentes em outras patologias. Em relação à descoberta dessa enfermidade, a maioria das entrevistadas afirmou descobrir-se doente em função do uso de álcool com auxílio de profissionais vinculados aos serviços de saúde. Para

as mulheres alcoolistas procurarem o tratamento, elas tiveram de ultrapassar várias barreias de preconceito, inclusive as que elas próprias impõem. Nesse contexto, os serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), com equipes de profissionais qualificadas e éticas, que não expõem os indivíduos e visualizam o paciente como um todo, assumem um papel importante. No entanto, os mecanismos de defesa fazem parte da dinâmica de funcionamento do alcoolista e sobressaindo o sentimento da negação[12]. Assim sendo, a mulher comumente passa pela discriminação decorrente de sua doença e, assim, começa a negar para o meio que está inserida e até si mesmo que seja alcoolista. Essa condição poderá retardar a busca por recursos terapêuticos. Outra entrevistada refere ter se dado por conta, na adolescência, de que não conseguia manter-se em abstinência de álcool. Sabe-se que é comum os jovens, cada vez mais cedo, ingerirem bebidas alcoólicas, cujo uso abusivo e frequente interfere nas relações intra e interpessoais, principalmente nas afetivas. Além de ser uma droga lícita e moralmente aceita na sociedade, ainda há deficiências no cumprimento da lei que proíbe a venda de bebidas alcoólicas para indivíduos menores de 18 anos. Ainda, três das entrevistadas mencionam sobre as possibilidades de inserção na vida profissional, a partir do tratamento realizado no CAPS I. Destaca-se que os tratamentos existentes para alcoolistas são de extrema importância para a manutenção da sobriedade, já que o alcoolismo é uma doença crônica. A escolha do tratamento para o alcoólico também é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais[13]. As entrevistadas relatam problemas emocionais pelo fato de serem alcoolistas e os familiares quererem intervir na situação, causarem problemas no seu ambiente familiar por causa das consequências que o álcool ocasiona, como os relativos ao cuidado dos filhos e às relações familiares que, frequentemente, ficam fragilizadas com a situação. Problemas físicos também foram relatados pelas integrantes da pesquisa, apontando as consequências orgânicas em decorrência do uso de bebidas alcoólicas e uma delas associou o câncer ao uso de álcool, embora existam poucos estudos ainda que comprovem o alcoolismo relacionado há cânceres. E, por fim, ainda relatam a sua inserção na sociedade, visualizando transformações e mudanças positivas experimentadas após o início do tratamento e pela compreensão acerca do seu consumo de bebidas alcoólicas, entendendo-se como uma pessoa portadora de uma enfermidade. Para isso, deve haver a motivação de todo o círculo que a rodeia, para ajudá-la a entender que, realizando o tratamento, poderá experimentar fatores positivos para sua vida[14].

## CONCLUSÕES

A inserção profissional da mulher alcoolista fica prejudicada na sociedade atual. Identifica-se que algumas não conseguem exercer sua profissão devido à patologia e outras sofrem rechaços e discriminação por causa da dependência alcoólica. Por outro lado, a inserção de uma mulher alcoolista, na vida profissional, a faz se sentir revigorada para enfrentar o tratamento. Na medida em que a atenção está voltada aos seus afazeres, o álcool já não assume papel de destaque em sua vida e a abstinência acaba sendo uma de suas prioridades.

Em relação à inserção familiar das mulheres alcoolistas, constata-se danos que uma doença pode causar em todas as esferas, atingindo também os integrantes do grupo familiar. Os filhos de mulheres alcoolistas vivenciam vários prejuízos, podendo ou não desenvolver no futuro a mesma dependência ou danos em sua própria formação de personalidade e, ainda, perder o vínculo com a mãe alcoolista. Os companheiros, usualmente, não suportam conviver com uma mulher alcoolista e geralmente separam-se. Contudo, a mulher precisa de apoio da família, pois ela representa uma das estruturas fundamentais no tratamento e na manutenção da abstinência. E ela ainda sofre danos em todos os âmbitos, pois frequentemente a mulher representa um dos "pilares" de uma família. Por isso, o entendimento da família a respeito da doença e das modalidades de tratamento é de extrema importância no cuidado à mulher alcoolista. Já, na inserção social, percebe-se que algumas mulheres ainda possuem pouco vínculo com a sociedade em função da dependência alcoólica. Com frequência, elas se isolam, afastam-se dos seus familiares e perdem seus empregos. Entende-se que a abstinência poderá contribuir para elas resgatarem suas possibilidades de inserção social. Essa temática que discute o alcoolismo feminino caracteriza-se por ser um campo importante de estudos, já que o número de mulheres com essa enfermidade vem crescendo e ainda há carências de investigações nessa área. E esse foi um dos pontos encontrados na realização desse estudo, inquietações foram despertadas e novas perspectivas de investigações levantadas, como as percepções de familiares acerca do alcoolismo feminino, o que pensam as empresas sobre esse assunto e como os profissionais de saúde, tanto em nível ambulatorial como hospitalar, compreendem essa situação e atendem essas pessoas. Por fim, reforça-se a importância de estudos dessa natureza para que se possa compreender as diferentes faces do alcoolismo feminino e buscar alternativas para a inserção e reinserção das mulheres alcoolistas no diferentes espaços sociais.

**Área Temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Saúde Mental; Enfermagem; Alcoolismo; Mulheres; Prática de Grupo;

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Álcool e Redução de Danos, 1° ed, traduzida e ampliada, Brasília; 2004.

2. DSM IV TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª Ed. Porto Alegre: ArtMed; 2002.

3. Ferreira M, Laranjeira R. Dependência de substâncias psicoativas. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 105-121; 1998.

4. Galduróz J et al. I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas**.** São Paulo: Cebrid/Unifesp; 2000.

5. Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9 ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

6. Elbreder M et al.. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 57(1):9-15, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ jbpsiq/v57n1/v57n1a03.pdf. Acesso em: 2011 abril 23.

7. Oliveira T, Simões S. O consumo de bebida alcoólica pelas gestantes: um estudo exploratório. Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery. 11(4):632-638. 2007Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000400012&script =sci_arttext. . Acesso em: 2011 mar 20.

8. Pillon SC, Laranjeira R**.** Formal education and nurses attitudes towards alcohol and alcoholism in a Brazilian sample. São Paulo Med J. 123(4):175-8. 2005. [2011 abr 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00472085200800010003. Acesso em: 2011 abril 10.

9. Minayo MCS (Org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2010a.

10. Gil A. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2007.

11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**.** 12. ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 2010b.

12. Brasil. Portaria GM n° 336 de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União; 2002. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf. Acesso em: 2011 abril 23.

13. Mazuca KPP, Sardinha LS. Dependência do Álcool: A importância da Família no Tratamento e na Prevenção da Recaída. Boletim de Iniciação Cientifica. 2000. Disponível em: http:/www.mackenzie.com.br/fileadmin/Graduacao/ CCBS/Cursos/Psicologia/ boleti/1/ artigo3.df. Acesso em: 2011 out 14.

14. Laranjeira E, Nicastri S. Abuso e dependência de álcool e drogas. São Paulo: Guanabara-Koogan; 1996.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO ATUAL NO BRASIL SOBRE A CRIANÇA VIVENDO OU EXPOSTA AO HIV/AIDS

ANTUNES, Bibiana Sales[1]
BOHRER, Clarissa[2]
PIOVESAN, Graziela[3]
KLEINUBING, Raquel Einloft[4]
KINALSKI, Daniella Dal Forno[5]
PAULA, Cristiane Cardoso[6]
PADOIN, Stela Maris de Mello[7]

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade. Contato: bibianaantunes@hotmail.com
2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade.
3 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade.
4 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade.
5 Acadêmica de enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade.
6 Enfermeira. Doutora. Profa Ajunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade.
7 Enfermeira. Doutora. Profa Ajunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade.

**RESUMO:** A intensificação do número de mulheres infectadas em idade reprodutiva favorece no aumento do nascimento de crianças soropositivas para o HIV. As crianças soropositivas ganham importância no contexto da epidemia da Aids, devido aumento da sobrevida daquelas que foram contaminadas através da transmissão vertical e devido ao sofrimento psíquico e emocional dos cuidadores. **Objetivo:** identificar e analisar as produções do conhecimento atual a partir de dissertações e teses produzidas no Brasil por enfermeiros que abordam a temática de crianças vivendo ou expostas ao HIV/AIDS. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva desenvolvida no banco de teses e dissertações da CAPES no período de junho de 2013. **Resultados:** foram encontradas 55 teses e dissertações. Após realizado recorte de repetição ( 20 dissertações e 6 teses repetiram-se) restaram 29 publicações (23 dissertações e 6 teses), as quais 19 estavam de acordo com a temática de crianças vivendo ou expostas ao HIV/AIDS.

**Descritores de assunto:** criança, HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a sociedade brasileira apresenta vasta demanda de saúde, havendo destaque à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV em inglês) como uma problemática na saúde[1]. A magnitude dessa epidemia é observada no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (MS) sendo que, no ano de 2012, a taxa de incidência no Brasil foi de 20,2 casos de pacientes portadores do HIV por cada 100 mil habitantes, então pode-se considerar a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS em inglês), doença causada pela infecção do HIV, um problema social [2].

Em nível mundial, o Brasil se sobressai em relação à aplicação de ações de controle universal da infecção pelo HIV e da Aids, principalmente o que diz respeito a gratuidade da terapia específica para adultos e crianças definidos pelos consensos nacionais. Porém, as políticas implantadas no país não se mostram homogêneas, e no que se refere ao programa de redução da transmissão vertical, há fragilidade quanto à organização, administração e avaliação do serviço de saúde[3].

A intensificação do número de mulheres infectadas em idade reprodutiva, favorecendo no aumento do nascimento de crianças soropositivas para o HIV[2]. Também, outros fatores estão contribuindo para que as crianças soropositivas ganhem importância no contexto da epidemia da Aids, como o aumento da sobrevida daquelas que foram contaminadas através da transmissão vertical e devido ao sofrimento psíquico e emocional dos cuidadores no processo de culpabilização quando é identificado o responsável pela transmissão da doença[4].

A criança deve ser entendida em sua singularidade existencial e repleta de vivências experimentadas na infância permeadas de brincadeiras, sorrisos e aprendizagens. A criança vivendo com AIDS não se difere das demais crianças, uma vez que a doença faz parte da sua vida, não restringindo a isso. A compreensão da existencialidade da criança e a procura de sua intersubjetividade, a qual não esteja limitada à patologia e a tecnologia, possibilita o cuidar competente em enfermagem[5].

A compreensão da criança em seu mundo faz parte da construção do cuidado voltado para sua vida e família, não restingindo ao ambiente hospitalar. O cuidador não deve ser o limitador do direito existencial e de viver da criança. Sendo assim, a adesão ao Tratamento Antirretroviral (TARV) e o mundo hospitalar não devem ser limitadores da infância, e sim possibilidades de auxiliar no bem-estar, mesmo a AIDS sendo uma doença crônica que não tem cura[5]. Sendo assim, o estudo tem por objetivo **identificar e analisar as produções do conhecimento atual a partir de dissertações de mestrado e teses de doutorado produzidas no Brasil por enfermeiros que abordam a temática de crianças vivendo ou expostas ao HIV/AIDS.**

Diante do exposto, justifica-se tal pesquisa bibliográfica sobre a temática de crianças vivendo ou expostas ao HIV/AIDS devido a participação no Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS), e também ao objetivo geral do projeto de mestrado, o qual será identificar fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral das crianças vivendo com HIV/AIDS atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva desenvolvida no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no período de junho de 2013. Na primeira busca, utilizou-se as palavras no campo assunto "*enfermagem, HIV, Aids e criança"* sendo encontrado no total 26 produções ( 20 dissertações e 6 teses) , codificadas com a letra "A". Na segunda busca, utilizou-se as palavras "*criança, síndrome da imunodeficiência adquirida e enfermagem"* resultand o em 29 produções, codificadas com a letra "B", sendo que 26 eram as mesmas publicações da primeira busca, restando 3 produções nessa segunda estratégia .

Os critérios de inclusão foram teses de doutorado e dissertações de mestrado produzidas no Brasil por enfermeiros que abordassem questões referentes às crianças expostas ou vivendo com HIV/AIDS e apresentação do resumo completo no portal da CAPES. Foram excluídas as produções que após a leitura do título e do resumo não convergiam com a temática proposta. Uma dissertação apresentou o resumo incompleto no banco de teses e dissertações da CAPES, porém foi incluído na pesquisa após leitura do resumo na íntegra, visto que abordava a temática. No segundo momento, foram aplicados os critérios de inclusão e de exclusão sendo selecionado 19 produções, as quais constituíram o *corpus* da pesquisa (Figura 1). As produções foram organizadas em um quadro sinóptico contendo: autor, título, sujeitos, cenário, objetivo, abordagem, tipo de publicação, instituição, ano de publicação e estado brasileiro da instituição. Após, realizou-se a análise dos dados sob forma de estatística simples.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram encontradas 55 teses e dissertações. Após realizado recorte de repetição ( 20 dissertações e 6 teses repetiram-se) restaram 29 publicações (23 dissertações e 6 teses), as quais 19 dessas estavam de acordo com a temática de crianças vivendo ou expostas ao HIV/AIDS. Em relação ao tipo de publicação, 73,7% (N=19) são dissertações de mestrado e 26,3% (N=19) teses de doutorado. Apenas uma tese foi realizada na área de conhecimento da educação, ao contrário das demais publicações, as quais concentravam-se na área da enfermagem. A pós-graduação na enfermagem, especialmente a oferta de doutores em enfermagem, cresceu significativamente na última década, favorecendo a visibilidade do sistema de ensino superior no país[6].

No que se refere às regiões brasileiras dos programas de pós-graduação 36,8% são produções da região sudeste, 31,6% (N=19) da região sul, 26,3% (N=19) realizadas no nordeste e apenas 5,3% (N=19) na região norte (Tabela 1). Os resultados demonstram que há desigualdade do crescimento nas diferentes regiões do país. Sobre esse aspecto, nota-se maior investimento no ensino superior da região sul e sudeste reitera a constatação apresentada na área de enfermagem brasileira[6].

**Tabela 1**: tipo de publicação referente às regiões brasileiras.

| Região Brasileira | N | % |
|---|---|---|
| Sudeste | 4 M e 3 D | 36,8 |
| Sul | 5 M e 1 D | 31,6 |
| Nordeste | 4 M e 1 D | 26,3 |
| Norte | 1 M | 5,3 |
| **Total** | **19** | **100** |

Legenda: M=mestrado; D= doutorado

Referente ao ano de publicação, as teses e dissertações encontradas foram publicadas a partir do ano de 1998 até 2012. As pesquisas foram agrupadas de três em três anos, conforme a tabela a seguir:

**Tabela 2**: Recorte temporal de publicações

| Recorte Temporal | N | % |
|---|---|---|
| 1998-2000 | 3 | 15,8 |
| 2001-2003 | 1 | 5,3 |
| 2004-2006 | 5 | 26,3 |
| 2007-2009 | 6 | 31,6 |
| 2010-2012 | 4 | 21 |
| **Total** | **19** | **100** |

De acordo com os dados da tabela a cima, observou-se que no período entre os anos de 2007 e 2009 possui maiores índice de pesquisas referentes às teses de doutorado e dissertações de mestrado. Quanto aos sujeitos que fizeram parte das pesquisas, 63,15% (N=19) representam familiares/cuidadores, sendo que as mães de crianças soropositivas para o HIV representam os principais sujeitos, 10,5% (N=19) enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde, 15,8% (N=19) correspondem somente às crianças vivendo com HIV e em duas pesquisas.

A pesquisa demonstrou relevância nos objetivos de estudo relacionados à questão do conhecer o cotidiano e a realidade das crianças expostas ou vivendo com HIV, representando 31,8% (N=19) e 26,3% (N=19) das pesquisas buscavam compreendem o mundo do familiar/cuidador. Os sujeitos foram às crianças e suas cuidadoras, representando 10,5% (N=19).

Diante disso, os dados estatísticos podem ser ultrapassados a partir do momento que se tenta compreender a problemática daqueles que vivem e fazem parte do cotidiano da criança vivendo com HIV, pois a convivência com uma doença crônica traz implicações psicossocioemocionais importantes no viver deste individuo[7].

Outra temática em relevo nas produções tange à questão da transmissão vertical e impossibilidade de mães soropositivas para o HIV amamentar seus filhos. As mulheres gestantes vivenciam a possibilidade de transmissão do vírus ao seu filho, tornando-se uma de suas maiores preocupações[8]. Como também, de acordo com as normas e diretrizes assistências de saúde, o indicado é que mães vivendo com HIV não amamentem[9].

Em relação à abordagem utilizada, 73,7% (N=19) correspondem a pesquisas do tipo qualitativa; 21% (N=19) pesquisas quali-quantitativas e 5,3% (N=19) são do tipo quantitativo. Os resultados quanto à abordagem utilizada estão de acordo com a literatura, pois a área da saúde vem apresentando interesse crescente na última década pela utilização de métodos qualitativos nas pesquisas entretanto, esse tipo de abordagem era considerada, em tempos atrás, pesquisa não-científica[10].

Na pesquisa qualitativa o pesquisador possui maior liberdade de interpretação, porém deve haver um rigor sobre o percurso utilizado na interpretação dos dados para chegar ao resultado, pois sabe-se que em pesquisas quantitativas há etapas desde a formulação da questão de pesquisa até a comprovação da hipótese[11]. Vale ressaltar, a importância do pesquisador seguir adequadamente o método selecionado de acordo com o objeto de estudo proposto.

No que se refere ao cenário, 52,6% (N=19) das pesquisas foram realizadas na rede pública de saúde, incluindo hospitais, ambulatórios e unidades de atenção primária à saúde. Também, 15,8% (N=19) realizadas em domicílios das crianças e seus familiares/cuidadores, 10, 5% (N=19) dos locais foram casas de apoio e Diante disso, apesar do percentual maior de produções desenvolvidas na rede pública de saúde, a enfermagem está buscando ampliar o espaço na pesquisa, como demonstra os resultados referentes ao cenário das pesquisas serem em casas de apoio, orfanatos e domicílios.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer dessa pesquisa, a qual foi realizou-se análise das produções do conhecimento acerca da temática da criança vivendo ou exposta ao HIV/AIDS, divulgada em teses e dissertações brasileiras de enfermagem, constatou-se que a tendência das pesquisas estão voltadas para compreensão do modo de viver da criança vivendo ou exposta ao HIV e seus cuidadores/familiares.

Acredito que para o cuidado de enfermagem humanizado há necessidade de compreender o ser em suas singularidades. Como demonstra nos resultados, procurar entender a criança vivendo ou exposta ao HIV e seus cuidadores demonstra a busca da enfermagem pelo cuidado qualificado. A enfermagem deve estar preparada para o cuidar dessa criança, assim

como considerar o saber do cuidador/família/mães, pois esses são a referência da criança e responsáveis por sua qualidade de vida.
Além dos estudos teóricos, é de extrema relevância a condução de pesquisas as quais realizem ou proponham intervenções quanto à adesão e ao enfrentamento do estigma entre crianças soropositivas para o HIV. Através da presente pesquisa bibliográfica, constatou-se que nenhuma das publicações referiam-se aos fatores relacionados à adesão ao TARV das crianças vivendo com HIV/AIDS.

**Área Temática:** Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS**

1. Padoin SMM, Paula CC, Tronco CS, Ribeiro AC, et al. Crianças que têm HIV/AIDS e seus familiares/cuidadores: experiência de acompanhamento multidisciplinar. Saúde, Santa Maria. 2009. 35(2):51-56.

2. Brasil, Ministério da Saúde. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

3. Matida, LH, Ramos, JrAN, Marcopito LF, et al. Aids by mother-tochild transmission: survival analysis of cases followed from 1983 to 2002 in different regions of Brazil. Cad Saúde Pública. 2007. 23(3);435-44.

4. Gomes, AMT, Cabral, IE. O cuidado medicamentoso à criança com HIV: desafios e dilemas de familiares cuidadores. *Rev. bras. Enferm.* 2009. 62(2); 252-257.

5. Paula CC, Crossetti MGO. Existencialidade da criança com aids: perspectivas para o cuidado de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008 mar. 12(10); 30-8.

6. Lino, MM, Backes, VMS, Canaver BP, et al. Perfil da produção científica e tecnológica dos grupos de pesquisa em educação em enfermagem da Região Sul do Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010 mai-jun. 18(3)

7. Souza AIJ, Silva KM, SILVA M. Cuidado de famílias de crianças soropositivas no domicílio. Ciência, Cuidado e Saúde. 2003 jun-dez. 2(2); 177-185.

8. Padoin SSM, Souza IEO, Paula CC. Cotidiano da mulher que tem HIV/AIDS: modo de ser diante da (im)possibilidade de amamentar. Rev Gaúcha Enferm. 2010 mar. 31(1); 77-83.

9. Brasil, Ministério da Saúde. Manual normativo para profissionais da saúde de maternidades de referência para mulheres que não podem amamentar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

10. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública. 2005. 39(3); 507-14.

11. LEOPARDI, M.T. Metodologia da pesquisa em saúde. 2001. Santa Maria: Pallotti.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A VISIBILIDADE DO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA

# VISIBILITY OF NURSES IN INTENSIVE CARE UNIT: INTEGRATIVE REVIEW

# VISIBILIDAD DE ENFERMERAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISIÓN INTEGRADORA

OLIVEIRA, Carla Silveira de[1]
ARBOIT, Éder Luís[2]
CAMPONOGARA, Silviamar[3]
TOLFO, Fernando[4]
VIERO, Cibelle Mello[5]

1 Relatora - Acadêmica do 7° semestre do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: carlasoenf@gmail.com
2 Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGenf- UFSM, Especialista em Educação Profissional na área da Saúde: enfermagem, Saúde Coletiva e da Família; Terapia Intensiva e Gestão Hospitalar. E-mail: eder.arb@bol.com.br
3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br.
4 Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: fernandotolfo@gmail.com
5 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: cibellemelloviero@gmail.com

**Resumo:** Este estudo objetivou analisar as evidências científicas acerca da visibilidade do enfermeiro em unidades de cuidados intensivos. Estudo qualitativo, descritivo, realizado através de uma revisão integrativa da literatura. A amostra foi obtida a partir da busca *on-line* de publicações na base de dados LILACS, utilizando-se os descritores enfermagem, unidades de terapia intensiva, papel do enfermeiro, além dos termos visibilidade e UTI no campo palavras. Os resultados apontam que a visibilidade do enfermeiro pode não corresponder ao real papel deste profissional para qualidade da assistência. Há fatores que contribuem positivamente e negativamente para esta visibilidade como conhecimento técnico-científico, capacidade para a tomada de decisões, vestimenta, papel de subordinação ao médico e baixa remuneração. Foi possível identificar a (in) visibilidade do enfermeiro em UTI, pelo olhar dos profissionais e usuários. Há a necessidade de atualização dos profissionais visando desmistificar os estereótipos criados pela sociedade para a consolidação desta profissão.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Papel do Enfermeiro; Unidades de terapia Intensiva.

**ABSTRACT:** This study aimed to analyze the scientific evidence about the visibility of nurses in intensive care units. Qualitative and descriptive study, conducted through an integrative literature review. The sample was drawn from the search online publications in LILACS database, using the keywords nursing, intensive care units, nurses' role, in addition to the terms and visibility in the field ICU words. The results show that the visibility of the nurse may not match the actual role of the professional quality of care. There are factors that contribute positively and negatively to this visibility as technical and scientific knowledge, capacity for decision-making, clothing, subordinate role to the doctor and low pay. It was possible to identify the (in) visibility of the nurse in the ICU, by the look of professionals and users. There is a need to update the professionals aiming to demystify the stereotypes created by society to the consolidation of this profession.

**DESCRIPTORS:** Nursing; Role of the Nurse; Intensive Care Units.

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo analizar la evidencia científica acerca de la visibilidad de las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos. Estudio cualitativo y descriptivo, realizado a través de una revisión integradora de la literatura. La muestra se extrajo de las publicaciones en línea de búsqueda de la base de datos LILACS, utilizando la enfermería palabras clave, las unidades de cuidados intensivos, el papel de enfermeras, además de los términos y la visibilidad en el campo de palabras UCI. Los resultados muestran que la visibilidad de la enfermera no puede coincidir con el papel real de la calidad profesional de la atención. Hay factores que contribuyen de manera positiva y negativamente a esta visibilidad, los conocimientos técnicos y científicos, la capacidad para la toma de decisiones, la ropa, el papel subordinado al médico y los salarios bajos. Fue posible identificar la visibilidad de la enfermera en la UCI (in), por la mirada de los profesionales y los usuarios. Hay una necesidad de actualizar a los profesionales con el objetivo de desmitificar los estereotipos creados por la sociedad para la consolidación de esta profesión.

**DESCRIPTORS:** Enfermería; Papel de la enfermera; Unidades de Cuidados Intensivos.

## INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma área do conhecimento voltada para busca, manutenção e restauração da saúde das pessoas, a nível familiar, hospitalar e comunitário, e tem como pressuposto o cuidar em enfermagem. Com a evolução da enfermagem como ciência e prática social, o enfermeiro passou a assumir papéis não só na assistência, mas na liderança e na pesquisa. Além disso, incorporou em sua formação profissional conhecimento de outros saberes, a

exemplo da ciência da administração[1]. Atualmente o enfermeiro assume atividades bastante complexas e desgastantes, são de sua responsabilidade o planejamento e execução da assistência da enfermagem. Cabe destacar que é função/atribuição do enfermeiro, também o desenvolvimento de ações técnicas, com bases científicas, para identificação e intervenção em situações clínicas específicas; coordenação e administração do cuidado interdisciplinar e do ambiente terapêutico; investigação epidemiológica, sociológica, administrativa, demográfica e de ensino[2]. Complementando, necessita de competências gerenciais, ou seja, conhecimento científico, habilidade técnica, atitude e posicionamento, tendo em vista a prestação de uma assistência resolutiva e qualificada. O cenário atual dos serviços de saúde demonstra que a enfermagem herdou uma imagem menos favorável, em decorrência de vários pontos obscuros da história. Alguns fatores influenciaram ao longo do tempo, a imagem do enfermeiro com o passado histórico, a dependência/submissão a terceiros, os órgãos de comunicação, o impacto político, as condições de trabalho e o avanço tecnológico[3]. Estudos realizados anteriormente com diferentes estratos da população brasileira identificaram a invisibilidade do profissional enfermeiro, tido apenas como realizador de tarefas técnicas, subordinado à área médica e de mão-de-obra barata. Os meios de comunicação também acabam por influenciar a imagem do profissional enfermeiro, que, na maioria das vezes tem a mesma relacionada às personagens que as enfermeiras incorporam, como mãe, santa, sombra do médico e mulher-objeto[4]. Dessa maneira o enfermeiro tem sua imagem identificada pela sociedade, composta de estereótipos, evidenciando o desconhecimento sobre a sua atuação, ou caráter depreciativo em relação a essa profissão. Podemos citar como sendo comum a população nomear como enfermeiro qualquer indivíduo que trabalhe em uma instituição de saúde e esteja com vestimenta branca[4-5]. Há a consciência global de que a representação social do enfermeiro é diferente em relação ao passado, no entanto com todas as etapas percorridas ao longo da história, ainda não erradicou-se por completo a visão biomédica[3]. A atuação do enfermeiro deve se sustentar a partir de conhecimento científico, sendo o mesmo imprescindível para a autonomia do profissional. A posse de conhecimento gera respeito e confiança entre os profissionais e a população em geral, resultando em maior visibilidade perante a sociedade[4;6]. Sendo assim, a visibilidade da enfermagem traduz a emancipação das atitudes e ações dos trabalhadores no seu campo de intervenção e implica a articulação de competências com evidência técnica, científica e relacional. O *status* profissional constrói-se a partir das atitudes individuais que formam o coletivo e que, por sua vez, se refletem a um nível social mais alargado[7]. Um dos campos de atuação da enfermagem que exige ampla base de conhecimentos técnico-científicos, assim como de habilidades ético-relacionais é o da terapia intensiva. Nestes setores o alto nível de gravidade dos pacientes internados e o complexo aparato tecnológico requerem dos profissionais um desempenho com alto nível de excelência. O enfermeiro intensivista, devido à complexidade do cenário em que atua, precisa estar capacitado a exercer atividades de maior dificuldade e para tal precisa aliar o embasamento científico ao prático e ao (88,9%), seguida da quantitativa em

apenas um artigo (11,1%). A equipe de enfermagem foi sujeito de pesquisa em quatro estudos (44,8%), seguida dos pacientes com dois estudos (22,2%), os profissionais da área de comunicação, a equipe multiprofissional e familiares em um estudo, em cada grupo, o que corresponde a 11%. Para a avaliação dos níveis de evidência cientifica, utilizou-se, como base, um estudo publicado em 2010, que classifica a qualidade das evidencias em sete níveis diferentes, com critérios específicos. Assim sendo, considerou-se para esta revisão, como estudos de evidencia forte os níveis I, II, e III, evidência mediana IV e V e evidência fraca VI e VII10. Neste sentido, todos os artigos foram classificados como nível de evidencia VI (evidencia fraca) por serem estudos de caráter descritivo e/ou qualitativo. O enfermeiro, por meio de suas atividades, busca reconhecimento e visibilidade pela equipe e pelos usuários dos serviços de saúde. De acordo com os autores do artigo A1, a visibilidade do enfermeiro, assim como a invisibilidade, em suas atividades de cuidados, está relacionada à forma de ser do enfermeiro e como vivencia e expressa-se no seu contexto profissional, e também a compreensão de outros membros da equipe a seu respeito. A visibilidade profissional torna-se coletiva por envolver o ser do enfermeiro como pessoa, o ser do enfermeiro como profissional e o ser de relações do enfermeiro com a equipe de saúde. Estas três dimensões compõem o processo de visibilidade sendo que, o ser do enfermeiro como pessoa relaciona-se a potencialidades pessoais, ao convívio familiar de humanidade e de serenidade que são necessários para a prática do cuidar. O enfermeiro como profissional necessita de conhecimento, planejamento, comunicação, competência, eficácia, rapidez e atualização constante fornecendo suporte ao ser enfermeiro na coletividade, envolvendo o trabalho em equipe, habilidades técnicas, mediação de relações e presença genuína de cliente. A atualização constante, iniciativa, experiência, segurança e competência para detectar precocemente problemas relacionados ao paciente, fazendo-se presente nas tomadas de decisões, são atributos que transmitem à equipe a visibilidade do enfermeiro. O saber ouvir, dialogar, ter responsabilidade e atitudes humanizadas, torna o enfermeiro visibilizado perante a equipe. Através de um estudo feito com profissionais de comunicação, ressalta que a profissão de enfermagem é anônima e invisível aos meios de comunicação e suas competências não são socializadas com o restante da população, tornando-se este um fator contribuinte para a invisibilidade do enfermeiro[4]. A imagem desconfigurada da profissão de enfermagem que a mídia transmite, mostra uma profissão sacrificada e desgastante, em luta pela inserção no mercado de trabalho, onde aparece o desconhecimento dos seus campos de atuação, o não reconhecimento do enfermeiro como profissional independente e a invisibilidade da profissão levando-se em conta suas realizações e atribuições. Ainda sob a percepção da mídia sobre o trabalho do enfermeiro, existe identificação da figura do enfermeiro como “a sombra do médico”, por desconhecimento de suas funções. Em meio a esta invisibilidade do enfermeiro perante a mídia e comunicações, a descoberta do enfermeiro como ser profissional de referencia em algumas áreas específicas da saúde, como por exemplo, no conhecimento do aleitamento materno[4]. O posicionamento perante o local de trabalho,

desenvolvimento de competência profissional, posicionamento perante aos clientes e familiares, o papel que desempenha no cuidado a saúde e perante aos meios de comunicação, é apontado como fatores que contribuir para dar maior visibilidade ao papel da enfermagem (A3). As ações e atitudes de cuidados da assistência de enfermagem que são rotineiras tornam-se invisíveis aos olhares e reconhecimento pelos membros da equipe e clientes. No entanto, a ausência desses cuidados tornam-se visíveis como não realizados, influenciando sobre a percepção do trabalho de enfermagem. Há ainda a dificuldade de distinção do enfermeiro entre outros profissionais (nutricionistas, médicos, fisioterapeutas), e também a invisibilidade das categorias do auxiliar e do técnico de enfermagem perante os clientes. A comunicação entre o enfermeiro e cliente é de suma importância para o reconhecimento deste profissional, como por exemplo, a apresentação verbal para identificação. A identidade do profissional deve ser construída pelo próprio profissional, conduzindo a valorização das ações deste voltadas à promoção do conhecimento, reconhecimento e visibilidade da sua profissão pelo o outro (A8). Os profissionais que atuam em unidade de terapia intensiva mostram-se satisfeitos por trabalharem com os clientes, com a possibilidade de desenvolver-se como profissional, adquirir conhecimentos técnicos e científicos, responsabilizando- se pela qualidade do cuidado prestado. No entanto, a insatisfação também se faz presente no cotidiano destes profissionais, manifestando-se na forma de frustração, impotência e desvalorização. A sobrecarga de trabalho, falta de materiais, déficit de funcionários e falta de tempo desencadeiam o estresse no profissional de enfermagem, impedindo com que este realize sua função, que consiste em prestar assistência de qualidade e humanizada. A invisibilidade profissional do enfermeiro esta relacionada à insatisfação deste com seu ambiente de trabalho, pois neste, não consegue exercer suas devidas funções e garantir a visibilidade (A5). Em um estudo realizado com mulheres que sofrem de câncer de mama, sobre a percepção do trabalho da enfermeira, os autores afirmam que estas mulheres mostraram-se satisfeitas com os cuidados de enfermagem que eram prestados a elas. Foi prestada assistência tanto técnica quanto emocional, por meio de conversas, escuta, dialogo apoio as pacientes e aos familiares e segurança. A relação com o enfermeiro estabeleceu-se de modo mais próximo e intimo, facilitando a comunicação. Como líder da equipe de enfermagem, cabe ao enfermeiro dar visibilidade a sua função, por meio de uma comunicação mais aberta e desenvolvimento de competências, o que constitui um diferencial da assistência em saúde prestada pelo enfermeiro (A9). Uma unidade de terapia intensiva caracteriza-se por atender pacientes em estado grave e instabilidade hemodinâmica, que necessitam de cuidados contínuos e individuais. Em um estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva neonatal o papel do enfermeiro na percepção de pais era desconhecido, pois o contato com a enfermeira era mínimo. Alem das ações de assistência direta ao paciente, cabe também, à enfermeira, os processos gerenciais, o que a afasta do cuidado aos pacientes e acompanhantes. Funções de supervisão e controle as técnicas dos técnicos e auxiliares, presença nas urgências e intercorrências, são atividades também da enfermeira e que

passam mais segurança a outros profissionais de enfermagem (A2). Um estudo realizado com pessoas que já estiveram internadas em uma unidade de terapia intensiva traz a importância da comunicação com o paciente. No momento em que o paciente esta em uma unidade de terapia intensiva, sentimentos como insegurança e sofrimento se fazem presentes tanto para si quanto para sua família. Como líder da equipe de enfermagem, a enfermeira desta unidade deve inovar suas estratégias de comunicação verbais e não verbais para lidar com o paciente mesmo sedado, na realização de procedimentos e na identificação da comunicação não verbal do paciente. Esta comunicação passa ao paciente segurança, respeito, empatia, e deve estar presente também em toda a equipe de enfermagem que se encontra mais próxima do paciente (A7). A comunicação com o paciente e família foi tema abordado também em outro artigo, que trouxe a preocupação do enfermeiro em comunicar-se com os familiares na primeira visita. O incentivo da presença da família junto ao paciente torna-se fator relevante para sua adaptação frente às novas situações encontradas. Atitudes como, chamar o paciente pelo nome, com tom de voz calmo, explicar-lhe o procedimento a ser realizado, utilizar o toque, estabelecer contato atencioso e respeitoso, saber identificar suas angustias e anseios, são ações que também devem fazer parte do cotidiano do enfermeiro em unidade de terapia intensiva (A4). Outra ação do profissional de enfermagem em unidade de terapia intensiva encontrada em outro estudo foi o estilo com que o enfermeiro lidera a equipe de enfermagem. Observou-se através deste estudo que o enfermeiro tem uma tendência a realizar uma liderança mais participativa tendo a possibilidade de persuadir e compartilhar as decisões assistenciais com outros membros da equipe. Estes se mostraram capazes de realizar as atividades propostas com disposição, no entanto com necessidade de incentivo por parte do líder para o cumprimento dos objetivos. O enfermeiro de UTI precisa conhecer a capacidade e disposição de outros membros da equipe de enfermagem para assim, conciliá-los ao nível de complexidade que esta unidade exige (A6). O enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva tem incluso em seu papel, obter a história do paciente, fazer exame físico, executar o tratamento do paciente, auxiliar na manutenção da saúde e orientar os clientes a dar continuidade ao tratamento[11]. Perante esses aspectos, o enfermeiro atuante em terapia intensiva, deve mostrar competência profissional qualificada, desenvolvendo suas ações de maneira eficaz, sempre aliando conhecimento técnico e cientifico, com domínio de tecnologias, integralidade e individualização da assistência, humanização, proporcionando qualidade ao cuidado prestado. A capacidade de tomar decisões do enfermeiro em UTI influencia em sua visibilidade diante a equipe de saúde. Para que seja possível o desenvolvimento desta competência, torna-se necessário conhecer a instituição de saúde, as reais necessidade dos usuários, realizar o trabalho por meio de planejamento, e possuir conhecimento técnico científico[12]. Essa habilidade de tomar decisões deve possuir base na análise de cada caso em específico e individual. Os enfermeiros que atuam em Unidades de Cuidados Intensivos devem criar estratégias de comunicação para atender as necessidades dos pacientes e familiares, tendo em consideração a importância de aliar a sensibilidade ao conhecimento

teórico[13]. O estimulo a expressão de sentimentos para os clientes possibilita o prestar de uma assistência de qualidade, organizada, planejada e com respeito pelo individuo. No âmbito de unidade de terapia intensiva, a visibilidade profissional do enfermeiro está aliada a sua capacidade de desenvolver atividade de forma rápida, precisa e correta, juntamente com o diálogo, empatia com o paciente e membros da equipe. Outro estudo mostra que a assistência do enfermeiro exige habilidades com a comunicação, com o toque e com a percepção atenciosa, além de interesse com o paciente e acompanhante, a fim de auxiliar na satisfação de suas necessidades e na prevenção de futuras complicações[14]. A capacidade com as habilidades em percepção, cuidado organizado, rápido e humanizado, fornece ao enfermeiro um significado ao seu trabalho e qualidade a assistência prestada ao paciente. Ainda há a persistência da visão do enfermeiro como auxiliar de outros profissionais da área da saúde e com pouca autonomia[5]. Relacionado a esta visão está o desconhecimento das competências técnico-cientificas do enfermeiro e também das demais categorias da profissão de enfermagem. A prática do enfermeiro é visibilizada como este sendo quem articula e integra as ações de saúde. O enfermeiro destaca-se pela sua capacidade de compreender o contexto social dos usuários dos serviços de saúde, as expectativas destes usuários, e pela capacidade de interação com usuários e membros da equipe de saúde e enfermagem[15]. Socialmente, o enfermeiro tem sua imagem estereotipada o que evidencia o desconhecimento de sua atuação pela população. A prática de enfermagem, assim como outras profissões da área da saúde, possui características próprias que a identifica, assim como a seus profissionais. O enfermeiro envolve-se nos processos de cuidar e gerenciar sendo estas as principais dimensões de seu trabalho. A busca por uma profissão mais atuante, a fim de conquistar autonomia, garante aos profissionais de enfermagem a chance de novas percepções que reflitam seu verdadeiro potencial, sem as imagens errôneas atualmente existentes.

## CONCLUSÕES

Por meio deste estudo foi possível identificar a (in) visibilidade do enfermeiro em UTI, pelo olhar de membros da equipe de saúde e de usuários dos serviços de saúde, mediante estudos realizados por outros autores. Os resultados desta revisão revelam que a percepção do trabalho do enfermeiro em diferentes espaços de cuidado, atualmente é deturpada e desconhecida pela mídia e, na maioria das vezes também pelos usuários. Evidenciou-se que os cuidados prestados pelos enfermeiros são satisfatórios na concepção dos pacientes, respondendo as suas necessidades. Mas não é possível identificar e diferenciar o enfermeiro de outros membros da equipe de saúde e também de enfermagem como, técnicos e auxiliares. Isso se deve ao fato de que a comunicação do enfermeiro com o cliente ainda encontra-se restrita, com o foco somente no cuidado técnico. Outro aspecto identificado na percepção de usuários sobre a visibilidade do enfermeiro, e a identificação deste somente pela roupa ou outro instrumento de identificação que seja utilizado ou, por meio de orientações repassadas aos clientes no momento de entrada no serviço de saúde. Diante

disso, constatou-se a necessidade de aprimoramento da comunicação enfermeiro e usuários, principalmente no âmbito de terapia intensiva, com uso de estratégias para atender as necessidades tanto de pacientes quanto de familiares, prestando assistência de qualidade que satisfaça as necessidades dos pacientes e que proporcione ampliar a visibilidade do enfermeiro perante a visão de usuários dos serviços de saúde. O profissional deve buscar essa visibilidade por meio de suas próprias ações no ambiente de trabalho. Os estudos também apontaram que atributos do enfermeiro como, domínio de conhecimento técnico cientifico, experiência, atitude para tomar decisões e resolver problemas relacionados ao paciente com rapidez e eficácia, bom relacionamento com equipe de saúde, entendimento em novas tecnologias e competência em prestar assistência humanizada, tornam o enfermeiro visibilizado perante a equipe de enfermagem e multiprofissional. É necessário que o enfermeiro esteja atualizando-se de modo continuado em conhecimento técnico cientifico, novas tecnologias e estratégias de cuidado, para que suas ações sejam constantemente de qualidade e visíveis aos olhares dos clientes e trabalhadores das instituições de saúde.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Papel do Profissional de Enfermagem; Unidades de terapia Intensiva.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado.

**REFERÊNCIAS**

1. Silva BM, Lima FRF, Farias FSAB, Campos ACS. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. Text Contex Enferm 2006 set; 15(3)

2. Lima MJ. O que é enfermagem. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense; 2005.

3. Nogueira CLS. O outro olhar (sobre os enfermeiros): Percepções dos utentes sujeitos a internamento hospitalar sobre os enfermeiros e os cuidados de enfermagem. Dissertação [ Mestrado em Ciências da Enfermagem] - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto; 2010.

4. Kemmer LF, Silva MJP. A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2007 Abr 15(2): 191-198.

5. Erdmann AL, Fernandes JV, Melo C, Carvalho BR, Menezes Q, Freitas R, et al. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. Rev Bras Enferm 2009 jul/ago; 62 (4): 637 – 43.

6. Hermann AP, Fentanes LRC, Chamma RC, Lacerda MR. A autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa. Rev. Cogitare Enferm 2011 jul/set; 16(3): 530-5.

7. Gomes, AM. Desenvolvimento histórico da prática assistencial em cuidados intensivos no Brasil. In: Viana RAPP, Whitaker IY. (Org). Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências. Porto alegre: Artmed, 2011, p. 21-26.

8. Vargas D, Braga AL. O enfermeiro de unidade de tratamento intensivo: refletindo sobre seu papel. Rev. FAFIBE OnLine 2006 maio; 2.

9. Paula CC. Revisão integrativa de pesquisa [CD-ROM]. Santa Maria; 2011.

10. Stillwell, SB; fineout-overholt, E.; Melnyk, BM.; Williamson, KM. Searching for the Evidence Strategies to help you conduct a successful search. AJN, May, 2010, Vol. 110, No. 5

11. Camelo SHH. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. Rev Lat Am Enferm 2012 jan/fev; 20 (1): [9 telas].
12. Marx LC, Morita LC. Competências gerenciais na enfermagem: a prática do Sistema Primary Nursing como parâmetro qualitativo na assistência. São Paulo: BH Comunicação; 2000.

13. Marques RC, Silva MJP, Maia FOM. Comunicação entre profissionais de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. Rev Enferm UERJ 2009 jan/mar; 17 (1): 91-5.

14. Castanha ML. A (in) visibilidade da pratica de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. Curitiba. Dissertação [Mestrado em Pratica profissional de enfermagem] – Universidade Federal do Paraná; 2004.

15. Backes DS. Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora. Florianópolis. Tese [Doutorado em filosofia, saúde e sociedade] – Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.

**QUADRO 1**: Corpus da pesquisa de revisão integrativa da literatura na temática da visibilidade do profissional enfermeiro que atua em unidades de cuidados intensivos.

| Código dos Artigos | Referências dos Estudos Analisados |
|---|---|
| A1 | Castanha ML, Zagonel IPS. A prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. Rev Bras Enferm 2005 set/out; 58 (5): 556-62. |
| A2 | Kamada I, Rocha SMM. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. Rev Esc Enferm USP 2006; 40 (3): 404-11. |
| A3 | Kemmer LF, Silva MJP. A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação. Rev Lat Am Enferm 2007 mar/abr; 15 (2). |
| A4 | Silva ND, Contrin LM. Orientacoes do enfermeiro dirigidas aos familiares dos pacientes internados na UTI no momento da visita. Arq Ciên Saud 2007 jul/set; 14 (3): 148-52. |
| A5 | Salomé GM, Espósito VHC, Silva GTR. O ser profissional de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Acta Paul Enferm 2008; 21 (2): 294-99. |
| A6 | Balsanelli AP, Cunha ICKO, Whitaker IY. Estilos de lideranca e perfil profissional de enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva. Acta Paul Enferm 2008; 21 (2): 300-4. |
| A7 | Barlem ELD, Rosenhein DPN, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Comunicacao como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Eletr Enferm 2008; 10 (4): 1041-9. |
| A8 | Baggio MA, Erdmann AL. (In) visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. Acta Paul Enferm 2010; 23 (6): 745-50. |
| A9 | Costa WB, Vieira MRM, Nascimento WDM, Pereira LB, Leite MTS. Mulheres com câncer de mama: Interacoes e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. Rev. Min. Enferm. 2012 jan/mar; 16 (1): 31-37. |

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O PROCESSO DE MORTE E MORRER E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES TERMINAIS COM CÂNCER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

# THE PROCESS OF DEATH AND DYING AND NURSING CARE FOR TERMINALLY ILL PATIENTS WITH CANCER: AN EXPERIENCE REPORT

# EL PROCESO DE LA MUERTE Y EL MORIR Y ENFERMERÍA DE CUIDADO DE PACIENTES CON CANCER TERMINAL: UN RELATO DE EXPERIENCIA

GHELLER, Bruna[1]
MAYER, Barbara Letícia Dudel[2]
WEILLER, Teresinha Heck[3]

1 Acadêmica do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: gheller.bruna@gmail.com
2 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
3 Enfermeira Doutora, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria.

**Introdução:** Nos dias atuais apesar de a medicina ter demonstrado muitos progressos envolvidos com o tratamento de doenças terminais, o câncer ainda se apresenta com estigmas, mas acima de tudo sempre associada a morte, e por vezes ocorrendo de forma inesperada. **Objetivo:** Tecer reflexões acerca de vivências enquanto acadêmica de enfermagem, no cuidado a pacientes terminais com câncer e os profissionais de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência acerca das vivências em atividade prática enquanto acadêmica de enfermagem desenvolvida no curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), de maio a junho de 2013. As atividades práticas desenvolvidas foram em uma Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário localizado no Rio Grande do Sul. Essas atividades denominadas vivências integram o Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN), vinculado ao Curso de Enfermagem da UFSM. O PROFCEN tem como desígnio ofertar vivências aos futuros enfermeiros no intuito de promover competências e desenvolver habilidades técnicas, científicas, éticas, políticas, sociais e educativas do profissional Enfermeiro, por meio da troca de experiências entre ensino e serviços de saúde. É preservada a identificação de pessoas e participantes nesse estudo, o que caracteriza apenas como um estudo para tecer reflexões sobre vivências enquanto acadêmicas de enfermagem. **Resultados:** A realização deste estudo surgiu de vivências acadêmicas com profissionais da saúde, mais em específico enfermeiros, na assistência a pacientes terminais com câncer. Foi

possível vivenciar situações em que cada profissional cuidou e reagiu perante pacientes terminais de maneiras diferentes, o que vem ao encontro da literatura disponível. Assim, pode-se evidenciar que a morte é tida como rotineira para os profissionais da saúde, que procuram não se envolver com pacientes terminais em processo de morte e morrer, mostrando sentimentos como frieza e desafetivação. Essas reações podem ser entendidas como uma espécie de refúgio para seus anseios e sentimentos, para assim evitar prejuízos emocionais e psicológicos. Os profissionais de saúde em especial os enfermeiros, tem presença constante no cuidado junto às pessoas em tratamento terminal de câncer. Sentimentos conflitantes podem acontecer, visto que por um lado há a necessidade de se manter a pessoa viva, e ao mesmo tempo surge a pretensão de ajudá-la a morrer de maneira mais digna e tranquila possível. Ao terem a consciência de sua importância no desenvolvimento de atividades que proporcionem bem estar físico e mental além do conforto aos pacientes fora das possibilidades terapêuticas, os profissionais de enfermagem deparam-se diante do cuidar de forma humanizada e as suas convicções sócio-culturais como o medo a angústia e as dificuldades diante do prognóstico do paciente oncológico. **Conclusões:** Foi possível identificar que as minhas experiências foram ao encontro dos trabalhos já realizados, visto que envolvem questões sobre a carga emocional que este cuidado implica, assim como no pouco preparo profissional e pessoal que os profissionais de saúde apresentam o que abrange também à assistência aos familiares desses sujeitos. Desta forma é unânime a questão da formação dos profissionais de saúde que está voltada para os processos de cura, reabilitação, não dando ênfase aos cuidados à pacientes terminais e os processos que envolvem a morte e o morrer.

**DESCRITORES:** Doente terminal; Assistência terminal; Morte; Enfermagem.

**ABSTRACT:**
**Introduction:** Nowadays though medicine has shown much progress involved in the treatment of terminal illnesses, cancer still presents with stigmas, but above all always associated with death, and sometimes occurring unexpectedly. **Objective:** Weaving reflections on academic experiences while nursing in the care of terminally ill cancer patients and health professionals. **Methodology:** This is an experience report about the experiences in business practice as developed in academic nursing undergraduate degree in nursing from the Federal University of Santa Maria (UFSM), May-June 2013. Practical activities have been developed in a Medical Clinic Unit of a University Hospital located in Rio Grande do Sul These activities denominated experiences included in the Supplementary Training Program in Nursing (PROFCEN), under the Nursing Course UFSM. The plan is to offer PROFCEN experiences to future nurses in order to promote skills and develop technical skills, scientific, ethical, political, social and educational professional nurse, through the exchange of experiences between teaching and services saúde.0É preserved identification people and participants in this study, which is

characterized only as a study to weave reflections on experiences as nursing students. **Results:** This study arose from academic experiences with health professionals, more specifically nurses in the care of terminally ill cancer patients. It was possible to experience situations in which each professional and cared reacted to terminally ill patients in different ways, which is in line with the available literature. Thus, one can show that the death is considered routine for health professionals, not seeking to engage with terminally ill patients in the process of death and dying, showing feelings of coldness. These reactions can be understood as a kind of refuge for their wishes and feelings, thus to avoid emotional and psychological damage. Health professionals especially nurses, have a constant presence in the care for people with terminal cancer being treated. Conflicting feelings can happen, because on one hand there is the need to keep the person alive, and while there is the intention to help her to die a more dignified and peaceful as possible. To have awareness of its importance in the development of activities that provide physical and mental well being besides comfort to patients outside of the therapeutic, nursing professionals face in front of a humane and caring for their socio-cultural beliefs as fear the anguish and difficulties before the prognosis of cancer patients. **Conclusions:** It was possible to identify that my experiences were to meet the work already done, as involving questions about the emotional care that this entails, as well as some professional preparation and staff that health professionals have that also covers assistance to family these subjects. Thus there is a consensus issue of training of health professionals that is focused on the processes of healing, rehabilitation, not focusing on the care of dying patients and procedures involving death and dying.

**DESCRIPTORS:** Terminally Ill; Terminal care; Death; Nursing.

**RESUMEN:**
**Introducción:** Hoy en día, aunque la medicina ha mostrado mucho progreso involucrados en el tratamiento de enfermedades terminales, cáncer todavía presenta con estigmas, pero por encima de todo siempre se asocia con la muerte, y que se producen a veces de forma inesperada. **Objetivo:** Tejiendo reflexiones en experiencias académicas durante la lactancia en el cuidado de pacientes terminales de cáncer y los profesionales de la salud. **Metodología:** Se trata de un relato de experiencia sobre las experiencias de la práctica profesional que desarrolla en enfermería académica licenciatura en enfermería de la Universidad Federal de Santa Maria (UFSM), mayo-junio de 2013. Las actividades prácticas se han desarrollado en una Unidad de Clínica Médica del Hospital de la Universidad ubicada en Río Grande do Sul. Estas actividades denominadas experiencias incluida en el Programa de Formación Complementaria en Enfermería (PROFCEN), bajo la UFSM Curso de Enfermería. El plan es ofrecer experiencias PROFCEN a futuras enfermeras con el fin de promover las habilidades y el desarrollo de habilidades técnicas, científicas enfermera profesional, ético, político, social y educativo, a través del

intercambio de experiencias entre la docencia y los servicios saúde.0É identificación conservado la gente y los participantes en este estudio, que se caracteriza sólo como un estudio para tejer reflexiones sobre las experiencias como estudiantes de enfermería. **Resultados:** Este estudio surgió de las experiencias académicas con profesionales de la salud, y más concretamente las enfermeras en el cuidado de pacientes terminales de cáncer. Es posible experimentar situaciones en las que cada profesional y cuidada reaccionado a pacientes con enfermedades terminales en diferentes formas, que está en línea con la literatura disponible. Por lo tanto, se puede demostrar que la muerte se considera tratamiento rutinario para los profesionales de la salud, no pretenda llevar a cabo con los pacientes con enfermedades terminales en el proceso de la muerte y el morir, mostrando sentimientos de frialdad. Estas reacciones se pueden entender como una especie de refugio para sus deseos y sentimientos, para así evitar el daño emocional y psicológico. Profesionales de la salud sobre todo enfermeras, tienen una presencia constante en la atención a las personas con cáncer terminal que se está tratando. Sentimientos contradictorios pueden suceder, ya que por un lado está la necesidad de mantener a la persona con vida, y si bien no es la intención de ayudar a morir a más digna y tranquila posible. Tener conciencia de su importancia en el desarrollo de actividades que proporcionan física y mental, además de la comodidad de los pacientes fuera de los terapéuticos, profesionales de enfermería frente a frente a un humano y el cuidado de sus creencias socio-culturales, miedo a la angustia y dificultades ante el pronóstico de los pacientes con cáncer. **Conclusiones:** Fue posible identificar que mis experiencias fueron para cumplir con el trabajo ya hecho, como la participación de las preguntas sobre el cuidado emocional que esto conlleva, así como un poco de preparación profesional y personal que los profesionales de la salud tienen que también abarca la asistencia a la familia estos temas. Por lo tanto hay un problema de consenso de la formación de profesionales de la salud que se centra en los procesos de curación, rehabilitación, no se centra en el cuidado de pacientes terminales y los procedimientos relacionados con la muerte y el morir.

**DESCRIPTORES:** Enfermo terminal; Cuidado terminal; Muerte; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Nos dias atuais apesar de a medicina ter demonstrado muitos progressos envolvidos com o tratamento de doenças terminais, o câncer ainda se apresenta com estigmas, mas acima de tudo sempre associada a morte, e por vezes ocorrendo de forma inesperada[1]. Encarar a morte se constituiu uma questão fundamental para quem atua na área da saúde. Isto se deve ao avanço da ciência, das técnicas cirúrgicas, a criação de tecnologias e da produção de medicamentos em larga escala que permitem o prolongamento da vida dos pacientes terminais[2]. Em relação à morte a ao processo de morrer, cada sociedade se comporta de uma maneira, através de hábitos, crenças e atitudes que norteiam as pessoas de como

devem se comportar e o que devem ou não fazer, refletindo a cultura de cada região[3]. A concepção de morte pelos seres humanos tem sido transformada através dos séculos, sendo considerada como um acontecimento natural, inevitável e perfeitamente aceito. Todavia esta compreensão sobre a morte na cultura ocidental hoje, possui outra conotação, pelo fato das pessoas sentirem-se desconfortáveis perante ela[4]. A morte não é um tema de fácil abordagem pois quase sempre está associada a angústia, ao medo ou à rejeição[5]. Os profissionais da saúde mais especificamente os que atuam em serviços hospitalares estão com freqüência vulneráveis a situações que precisem enfrentar a morte de pessoas sob seus cuidados[6].

A enfermagem é a profissão que lida com o ser humano, interagindo com o próprio requer um conhecimento acerca de sua natureza física, social e psicológica. O cuidar está inserido desde o nascer até o morrer, objetivando aliviar ajudar, por que a cura não é o fim, devendo estar presente até mesmo no processo de morrer. Porém a formação acadêmica deixa a desejar e projeta-se um profissional que acaba acreditando que somente a cura e o restabelecimento são características de um bom cuidado. Os hospitais a tecnologia e o processo de luta incessante pela vida não permitem e nem lhes dão a oportunidade de pensar questionar e conversar sobre a morte[7]. A dificuldade perante estes profissionais de encarar cotidianamente a morte como parte integrante da vida deve-se ao sentimento de fracasso terapêutico e do esforço pela cura[7].

A vontade de realizar este estudo partiu de muitas inquietações durante o tempo de vivências como estudante de enfermagem em uma unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário localizado no Estado do Rio Grande do Sul e da observação do modo como os profissionais de saúde reagiam diante de pacientes terminais. O objetivo desse trabalho é tecer reflexões acerca de vivências enquanto acadêmica de enfermagem, no cuidado a pacientes terminais com câncer e os profissionais de saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência acerca das vivências em atividade prática enquanto acadêmica de enfermagem desenvolvida no curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), de maio a junho de 2013. As atividades práticas desenvolvidas foram em uma Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário localizado no Rio Grande do Sul. Essas atividades integram o Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN), vinculado ao Curso de Enfermagem da UFSM. O PROFCEN tem como desígnio ofertar vivências aos futuros enfermeiros no intuito de promover competências e desenvolver habilidades técnicas, científicas, éticas, políticas, sociais e educativas do profissional enfermeiro, por meio da troca de experiências entre ensino e serviços de saúde[8]. É preservada a identificação de pessoas e participantes nesse estudo, o que caracteriza apenas como um estudo para tecer reflexões sobre vivências enquanto acadêmicas de enfermagem.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A realização deste estudo surgiu de vivências acadêmicas com profissionais da saúde, mais em específico enfermeiros, na assistência a pacientes terminais com câncer. Foi possível vivenciar situações em que cada profissional cuidou e reagiu perante pacientes terminais de maneiras diferentes, o que vem ao encontro da literatura disponível. Assim, pode-se evidenciar que a morte é tida como rotineira para os profissionais da saúde, que procuram não se envolver com pacientes terminais em processo de morte e morrer, mostrando sentimentos como frieza e desafetivação. Essas reações podem ser entendidas como uma espécie de refúgio para seus anseios e sentimentos, para assim evitar prejuízos emocionais e psicológicos. Desta forma, percebi como importante poder pesquisar e escrever sobre essa temática, visto que a mesma me provocou inquietações, assim como a necessidade de poder compreender e quem sabe modificar situações como as vivenciadas, após a minha formação como enfermeira.

Os profissionais de saúde em especial os enfermeiros, tem presença constante no cuidado junto às pessoas em tratamento terminal de câncer. Sentimentos conflitantes podem acontecer, visto que por um lado há a necessidade de se manter a pessoa viva a todo custo, e ao mesmo tempo surge a pretensão de ajudá-la a morrer de maneira mais digna e tranquila possível[1]. Ao terem a consciência de sua importância no desenvolvimento de atividades que proporcionem bem estar físico e mental além do conforto aos pacientes fora das possibilidades terapêuticas, os profissionais de enfermagem deparam-se diante do cuidar de forma humanizada e as suas convicções sócio-culturais como o medo a angústia e as dificuldades diante do prognóstico do paciente oncológico[1]. Observa-se inicialmente uma lacuna na formação da graduação de enfermagem como também uma negação da morte como integrante da vida[6]. Porém não é só a enfermagem, há o despreparo da equipe como um todo em lidar com as situações de morte, tendo suas consequências. A primeira delas classificada como a sensação de fracasso do que seria sua missão que é a de curar o doente. A segunda, apresenta-se no afastamento que não permite o profissional de conhecer o que se passa com o paciente suas singularidades como queixas, suas esperanças e desesperanças em suma tudo o que ele está sentindo neste momento de sua vida, cujo o conhecimento o ajudaria a se aproximar do terminal[9].

Acredita-se que o pouco espaço oferecido para a expressão de sentimentos frente a morte e a falta de recursos que é sentida pelo profissionais ao encararem a problemática do fim da vida são alguns fatores que se apresentam como fundamentais para o surgimento de situações conflitantes na equipe. O profissional utiliza mecanismos de defesa contra o sofrimento e a dor protegendo-se da aflição que nele é gerada, impedindo muitas vezes assim um relacionamento com o paciente, produzindo manifestações somáticas ou psicológicas no profissional. Os profissionais que convivem com a dor e angústia constante pode impossibilitar a realização de suas tarefas. Entretanto, existe a possibilidade e o profissional de saúde possa ter espaços em que essas angústias sejam elaboradas, o que pode proporcionar uma melhor maneira de trabalhar e cuidar de pacientes terminais[10]. O

ideal seria que os profissionais de saúde tivessem em sua formação na graduação espaços para a discussão e debate sobre os cuidados que envolvem pacientes terminal. Essa oportunidade poderia proporcionar aos futuros trabalhadores de saúde uma aptidão de ver o ser humano em fase terminal como aquele que necessita de cuidado integral, e não enxergá-lo como um caso perdido. A equipe de saúde podendo trabalhar de maneira mais elaborada sobre os cuidados à pacientes terminais, poderia ter a diminuição do estresse, deixando de utilizar medidas defensivas no processo de comunicação com o paciente e família[9]. Estudar e buscar compreender o processo de morte e morrer é algo que pode ajudar a trabalhar com sua constante presença, surgindo daí a necessidade de o profissional tornar-se familiarizado com a morte desde a graduação[1].

Existe a ênfase na formação dos profissionais de saúde o cuidado para a prevenção da saúde e a cura de doenças, o que não compreende a temática do processo morte e morrer6. Desta maneira, a enfermagem, por não possuir uma maior compreensão e discussão acerca do processo morte e morrer no decorrer da sua formação acadêmica pode mostrar situação de fragilidade para prestar cuidados integrais a pacientes fora das possibilidades terapêuticas o que pode resultar em cuidados realizados a partir de suas experiências práticas cotidianas[10].

Assim, pude perceber o quanto os profissionais não estão preparados para vivenciar o processo de morte e morrer de pacientes terminais, provavelmente devido a carga emocional que cuidados a estes pacientes, despendem, bem como dos cuidados aos seus familiares. É necessário que essas situações sejam abordadas no decorrer da formação dos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros que estão diretamente envolvidos com os cuidados e com a assistência de pacientes e famílias, para que possam estar prestando cuidado com integralidade e esses sujeitos e que também possam estar preservando a sua integridade emocional e pessoal. Torna-se importante a implementação de serviços de psicologia nas instituições hospitalares e de saúde para que possam estar prestando apoio a esses profissionais assim como aos familiares.

## CONCLUSÃO

Este trabalho de relato de experiência acerca de vivências enquanto acadêmica de enfermagem no cuidado a pacientes terminais e os profissionais de saúde, tornou-se uma maneira de buscar na literatura trabalhos que já estivessem sido publicados sobre essa temática para assim poder tecer reflexões sobre as vivências enquanto acadêmica no cuidado a pacientes no processo de morte e morrer. Foi possível identificar que as minhas experiências foram ao encontro dos trabalhos já realizados, visto que envolvem questões sobre a carga emocional que este cuidado implica, assim como no pouco preparo profissional e pessoal que os profissionais de saúde apresentam o que abrange também à assistência aos familiares desses sujeitos. Desta forma é unânime a questão da formação dos profissionais de saúde que está voltada para os processos de cura, reabilitação, não dando ênfase aos cuidados à pacientes terminais e os processos que envolvem a morte e o

morrer. Este resultado implica diretamente no cuidado à esses pacientes visto que se perde em assistência no momento que os profissionais procuram não se envolver integralmente com este cuidado como maneira de proteção emocional pessoal, o que resulta em uma assistência não integral e negativa tanto para os profissionais, quanto para os familiares e em especial aos pacientes. Nesse sentido, concluímos que é importante estar relatando nossas vivências enquanto acadêmicas de enfermagem para poder estar contribuindo com os demais acadêmicos que estejam vivenciando as mesmas situações, ou até para profissionais que estejam em busca de meios para poder compreender o processo que envolve o cuidado à pacientes terminais, a morte e o morrer.

Á**REA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado.

**REFERÊNCIAS:**

1. Sousa DM, Soares EO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente ACM. A vivência do enfermeiro no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. Texto Contexto Enferm. [periódico na internet]. 2009 [acesso em 2013 jul 02]; 18(1): [aprox. 8p]. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05.pdf>

2. Silva ALL, Ruiz EM. Cuidar morte e morrer: significações para profissionais de enfermagem. Rev. Estudos de Psicologia. [periódico na internet]. 2003 [acesso em 2013 jul 03]; 20(1): [aprox. 10p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2003000100002>

3. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTI`s. Rev Esc Enferm USP. [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2013 jul 02]; 41(4): [aprox. 8p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/16.pdf>

4. Palú LA, Labronici LM, Albini L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Cogitare enferm. [periódico na internet]. 2004 [acesso em 2013 jul 03]; 9(1): [aprox. 9p.]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1703/1411>

5. Santos JL, Bueno SMV. Educação para a mortea docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. Rev Esc Enferm USP. [periódico na internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 03]; 45(1): [aprox. 5p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/38.pdf>

6. Belatto R, Araújo AP, Ferreira HF, Rodrigues PF. A aboradagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. Acta Paul

Enferm. [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2013 jul 02]; 20(3): [aprox. 7 p.]. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a03v20n3>

7. Aguiar IR, Veloso TMC, Pinheiro AKB, Ximenes LB. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em uma Unidade Neonatal. Acta Paul Enferm. [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2013 jul 03];19(2): [aprox. 6p.]. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a02v19n2.pdf>

8. Beuter M, Neves ET, Magnago TSBS, Weiller TH. Programa de Formação Complementar em Enfermagem - PROFCEN. Universidade Federal de Santa Maria, 2009.

9. Quintana AM, Santos MS, Lima LD. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. Paidéia [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2013 jul 02]; 16(35): [aprox. 10p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2009000200006

10. Susaki TT, Silva MJP, Possari JF. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2013 jul 03];19(2): [aprox. 6p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000200004&script=sci_arttext

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# TRATAMENTO PRÉ-DIALÍTICO DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: TENDÊNCIAS NA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO NO BRASIL

# TREATMENT PREDIALYTIC OF CHRONIC KIDNEY INSUFFICIENCY: TRENDS KNOWLEDGE PRODUCTION IN BRAZIL

# TRATAMIENTO PREDIALITICO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: TENDENCIAS EN LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO EN BRASIL

JACOBI, Caren da Silva[1]
BEUTER, Margrid[2]
MISTURA, Claudelí[3]
ROSO, Camila Castro[4]
SILVA, Matheus Souza[5]
MATHIAS, Caroline Viera[6]
SEIFFERT, Margot Agathe[7]
BOTH, Juliane Elis[8]

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: cahjacobi@hotmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem.
3 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem.
4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem.
5 Aluno da Graduação em Enfermagem/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem.
6 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem.
7 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem.
8 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**RESUMO: Introdução:** A insuficiência renal crônica (IRC) pode utilizar como uma das modalidades terapêuticas o tratamento pré-dialítico, que influencia no cotidiano de vida, levando a necessidade de adaptações. **Objetivo: A**presentar, caracterizar e discutir as tendências na construção do conhecimento nacional em dissertações e teses na temática da pré-diálise. **Metodologia:** Pesquisa bibliográfica realizada no banco de teses e dissertações

da CAPES, na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, nos catálogos da Associação Brasileira de Enfermagem/Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e na Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem/TESESENF. **Resultados: O** conhecimento produzido abrange temas como a depressão, autocuidado, cuidado de si, qualidade de vida, adesão de crianças e adolescentes a pré-diálise e o significado para as mães em ter um filho com IRC. **Conclusões:** Este estudo confirmou a relevância do desenvolvimento de pesquisas nessa área, pois há poucas produções científicas que abordem esse tema.

**DESCRITORES:** Insuficiência Renal Crônica; Enfermagem; Dissertações Acadêmicas como Assunto.

**ABSTRACT: Introduction:** Chronic renal insufficiency (CRF) can be used as therapeutic modalities the treatment predialytic, which influences the everyday life leading to need for adaptations. **Objective**: This study aimed to present, describe and discuss trends in the construction of knowledge in national dissertations and theses on the subject of pre-dialysis. **Methodology**: Research was conducted in database of theses and dissertations from CAPES, the Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations, in catalogs of the Brazilian Association of Nursing / Center for Studies and Research in Nursing and Nursing Virtual Health Library/TESESENF. **Results**: The knowledge produced included topics such as depression, self-care, care of themselves, quality of life, adherence of children and adolescents to pre-dialysis and significance for mothers having an infant with CRF. **Conclusions**: This study confirmed the importance of the development of research in this area because there are few scientific works that speak to this issue.

**DESCRIPTORS**: Renal Insufficiency Chronic; Nursing; Dissertations Academic as Topic.

**RESUMEN: Introducción**: La insuficiencia renal crónica (IRC) puede utilizar como una de las modalidades terapéuticas el tratamiento de predialitico, que influye en la vida diaria que conducen a necesidades de adaptación. **Objetivo**: Dar a conocer, describir y analizar las tendencias en la construcción del conocimiento en disertaciones y tesis nacionales en materia de pre-diálisis. **Metodología**: Búsqueda bibliográfica en base de datos de tesis y disertaciones de la CAPES, Biblioteca Digital Brasileña de Tesis y Disertaciones, catálogos de la Asociación Brasileña de Enfermería/Centro de Estudios e Investigación en Enfermería y Enfermería Virtual Health Library/TESESENF. **Resultados**: El conocimiento generado se tratan temas como depresión, cuidado personal, cuidado personal, calidad de vida, adherencia de los niños y adolescentes a la pre-diálisis y significado para las madres que tienen un hijo con IRC. **Conclusiones**: Este estudio confirma la importancia del desarrollo de la investigación en esta área porque hay pocos trabajos científicos que se ocupan de esta cuestión.

**DESCRIPTORES:** Insuficiencia Renal Crónica; Enfermería; Tesis Académicas como Assunto.

## INTRODUÇÃO

Atualmente o Brasil vive uma mudança drástica do perfil de morbimortalidade da população, com grande predomínio das doenças e mortes devidas às doenças crônicas não transmissíveis, que são consideradas epidemias mundiais[1]. Dentre elas destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a qual atinge mais de 30 milhões de brasileiros, porém estima-se que apenas 10% destes façam o controle adequado da doença[2]. Outra patologia crônica que merece destaque é o Diabetes Mellitus (DM) que de 2000 a 2010 foi responsável por mais de 470 mil mortes em todo o país[2]. O Brasil tem aproximadamente 13,4 milhões de pessoas com DM, correspondendo a 6,5% da população entre 20 e 79 anos. Assim, ocupa o 4º lugar entre os países com maiores taxas de prevalência de DM[3]. Essas duas doenças quando não controladas adequadamente são as maiores causas da Doença Renal Crônica (DRC). Assim como a HAS e o DM é sabido que a ausência de sintomas nos pacientes que estão nos estágios iniciais provoca o ofuscamento da DRC. Isso exige que os profissionais da saúde cultivem o hábito de suspeitar dessa doença, principalmente nas pessoas com fatores de risco clínico ou sociodemográfico para desenvolver lesão renal. A característica insidiosa da doença renal conduz ao diagnóstico tardio, que ocorre quando há exacerbação dos sinais de uremia, muitas vezes já cogitando a probabilidade de diálise em médio ou curto prazo[4]. A HAS e o DM representam mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica que são submetidas à diálise. A DRC é caracterizada pela lesão renal, perda progressiva e irreversível da função tubular, endócrina e glomerular dos rins, de tal forma que, com o avanço da patologia, ocorre à diminuição da função renal e a evolução para a Insuficiência Renal Crônica (IRC). A doença renal apresenta seis fases que variam de zero a cinco e são caracterizadas pela evolução doença. Nas fases iniciais da DRC o paciente apresenta-se assintomático, pois ocorre a adaptação do organismo. Já nas fases mais tardias da doença os sintomas são intensos e persistentes. O tratamento da IRC pode ocorrer por meio de terapias renais substitutivas (TRS), como a diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal, e através do tratamento conservador ou pré-dialítico dependendo das condições clínicas do paciente e rotina de vida. O tratamento pré-dialítico possui baixo custo para o Sistema Único de Saúde quando comparado às demais formas de tratamento da IRC[5]. Nesta terapia, geralmente, os pacientes são monitorados em ambulatórios de uremia a fim de prolongar o avanço da IRC e realizar o preparo do paciente para iniciar a diálise, quando necessário. O preparo envolve a discussão com paciente e familiares sobre a melhor forma de terapia para aquele caso e após é confeccionado o acesso para a realização da diálise, seja ele cateter peritoneal para diálise peritoneal ou fístula arteriovenosa para os casos de hemodiálise. O monitoramento deve ocorrer pela equipe multiprofissional, a fim de abarcar todas as necessidades que os pacientes enfrentam. A pré-diálise ainda tem por finalidade prevenir complicações,

melhorar a qualidade de vida, o perfil clínico e diminuir hospitalizações. Essa forma de tratamento envolve restrições dietéticas, terapia medicamentosa, controle glicêmico rigoroso, restrições hídricas, controle da pressão arterial, da ingestão proteica, dos níveis lipídicos, da anemia para pacientes com IRC avançada, da acidose metabólica, dos níveis e cálcio e fósforo e abandono no tabaco[5]. A partir disso, percebe-se que esta forma de tratamento requer grandes adaptações na rotina de vida, pois os cuidados demandados são complexos. Assim, percebe-se a necessidade de realizar uma busca das dissertações de mestrado e teses de doutorado que estão sendo produzidas no Brasil relacionadas ao tratamento pré-dialítico da insuficiência renal crônica.

**OBJETIVO**

Tem-se por objetivo do presente estudo apresentar, caracterizar e discutir as tendências na construção do conhecimento nacional em dissertações e teses na temática relacionada ao tratamento pré-dialítico da insuficiência renal crônica.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), nos catálogos de teses e dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) – Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn) e na Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem TESESENF. As buscas foram realizadas no mês de julho de 2013. Utilizou-se para as buscas das teses e dissertações as palavras: insuficiência renal crônica; tratamento conservador. Inicialmente, foram encontrados 43 estudos no banco de teses e dissertações a CAPES, na BDTD foi achado uma pesquisa, nos catálogos da ABEn/CEPEn localizou-se 31 trabalhos, no TESESENF encontrou-se 24 estudos, totalizando 99 pesquisas entre teses e dissertações. Após aplicaram-se os critérios de exclusão, sejam eles: resumos repetidos, relacionados à diálise, transplante renal, utilização de fármacos, estudos com ênfase no perfil bioquímico, imunológico e nutricional dos sujeitos. Posteriormente, realizou-se a leitura dos resumos a fim de organizar os dados. Foram selecionados dez resumos para constituir o *corpus* da análise. Elaborou-se um instrumento com roteiro sistematizado contendo: título, ano de publicação, tipo de produção, região de desenvolvimento da pesquisa, abordagem metodológica, sujeitos da pesquisa, cenário e objetivo do estudo. A análise e interpretação dos dados seguiram os seguintes passos: primeiramente, ocorreu o estabelecimento de categorias por meio do agrupamento das respostas semelhantes, não colocando a mesma resposta em mais de uma categoria. Em um segundo momento, fez-se a tabulação simples dos achados, sendo este o processo que se agrupam e contam os casos (estudos) que estão nas categorias. Por terceiro, realizou-se a análise estatística dos dados visando caracterizá-los. O quarto passo foi o estabelecimento de relações causais, no qual se procura acentuar a multiplicidade de fatores determinantes que unidos tornam provável a ocorrência de

determinado fenômeno. A quinta etapa consistiu-se na interpretação dos resultados, onde se procura a obtenção de um sentido mais amplo para os dados por meio da relação que estes tem com o conhecimento disponível, integrando-os com um universo mais amplo para conferir significado aos dados[6]. Ressalta-se que este trabalho é oriundo das disciplinas de Construção do Conhecimento em Saúde e Enfermagem e de Concepções Teóricas em Enfermagem do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dos dez resumos analisados nove eram provenientes de dissertações de mestrado e um de tese de doutorado, sendo três defendidas em 2005, duas em 2001 e os anos de 2007, 2008, 2009, 2010 e 2012 tiveram uma defesa anual na temática. Ao analisar a abordagem metodológica percebeu-se que seis estudos tinham abordagem quantitativa, duas qualitativas e dois quali-quantitativa. Quanto às áreas que desenvolveram as pesquisas, tiveram-se cinco estudos desenvolvidos pela enfermagem, quatro pela medicina e um pela nutrição. As regiões do país que desenvolveram as pesquisas foram: região sudeste (70%), região nordeste (10%) e região sul (20%). Os sujeitos dos estudos foram: pacientes com insuficiência renal crônica em diferentes tratamentos (dois estudos comparativos); pacientes com transtornos depressivos (um estudo); pacientes em hemodiálise provenientes do tratamento conservador (um estudo); mães de crianças com IRC (um estudo); e nos demais estudos pacientes em tratamento conservador da IRC. Os cenários contemplaram: ambulatórios de uremia (30%), ambulatório de transtornos do humor (10%), clínicas de nefrologia (10%), ambulatórios de nefrologia pediátrica (20%), setor de nefrologia de hospitais privado e público (20%) e um banco de dados que abrangeu o período de dez anos (10%). As categorias que emergiram após a análise e interpretação dos dados foram: **1) Avaliação da depressão em pacientes com IRC:** alguns estudos analisados mostraram que os pacientes com IRC possuem índices de depressão elevados, os quais não estão relacionados com a fase da doença e sim com as condições funcionais e sociais, como moradia e renda. Além disso, pacientes com IRC apresentam uma sintomatologia depressiva que afeta a qualidade de vida. Tendo em vista que a HAS é uma das maiores causas de IRC, estudo[7] mostra que os sintomas de depressão podem influenciar negativamente no tratamento dos pacientes com HAS, uma vez que, frequentemente, associa-se a ausência de energia e de iniciativa, desesperança e déficit cognitivo à depressão, levando a menor adesão à terapia medicamentosa e aos exercícios e assim, redução da qualidade de vida. Conforme este estudo, a depressão é muito comum em pacientes com doença renal crônica, porém suas causas ainda são desconhecidas. A saúde mental tornou-se um importante fator de influência sobre a qualidade de vida e as condições clínicas dos portadores de IRC. A atenção ao sistema psicossocial necessita ser incluída na avaliação dos pacientes, definição de tratamento e na análise da eficácia da terapêutica. Dentre os períodos mais difíceis para o paciente com IRC está à fase pré-

dialítica, pois demanda grandes modificações e adaptações, levando a um aumento na prevalência de transtornos mentais[8]. Muitas vezes, a depressão está relacionada com a desnutrição e a baixa adesão ao tratamento, levando a evolução da doença e aumento da morbimortalidade[8-9]. A depressão é frequentemente subdiagnosticada e subtratada, já que seus sintomas se mesclam aos de algumas doenças crônicas como a fadiga ou emagrecimento. Desse modo, torna-se indispensável tratar além do transtorno mental, a patologia crônica de base, pois a depressão e as doenças clínicas quase sempre se retroalimentam[9]. Estudo que utilizou um instrumento de rastreio e medida da intensidade da depressão (Inventário Beck de Depressão) em pacientes em diálise peritoneal, hemodiálise, pré-diálise em tratamento conservador revelou que não há diferença estatística entre os grupos, entretanto o grupo em pré-diálise foi o que apresentou menor percentual nos níveis de depressão moderada e grave[7]. Salienta-se que, embora tenha sido encontrado alguns estudos na literatura acerca da depressão em pacientes em TRS e pré-diálise, são escassas as pesquisas que abordem a saúde mental daqueles que estão em tratamento pré-dialítico. Acredita-se ser relevante incluir esta especificidade no cuidado a este contingente, uma vez que a terapia pré-dialítica influencia diversas dimensões da rotina de vida dos pacientes e familiares. **2) O autocuidado e o cuidado de si dos pacientes com IRC:** O ensino do autocuidado aos pacientes em pré-diálise é necessário porque é nesse momento que surgem dúvidas que permeiam a doença renal. As dúvidas podem desencadear sentimentos negativos e afetar a adesão ao tratamento. Para amenizar esse sofrimento pode-se utilizar da abordagem educativa que realiza esclarecimento sobre a doença, além do incentivo do potencial de cada paciente em realizar o autocuidado. O processo educativo considera a compreensão, visão de mundo e a aceitação do autocuidado por parte dos pacientes. Sempre lembrando aos pacientes que desenvolver o autocuidado só depende deles próprios. A Teoria do Autocuidado de Orem permite traçar metas coerentes com o contexto do paciente com IRC, contribuindo para o alcance de o maior nível de independência possível a sua condição. Se a pessoa não consegue desenvolver suas atividades básicas de vida, ela apresenta déficit de autocuidado necessitando a intervenção de enfermagem. O enfermeiro oferece assistência para o autocuidado do paciente utilizando todos ou qualquer método de Orem: agir ou fazer para o outro; apoiar o outro; guiar o outro; proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e ensinar o outro. Posteriormente à avaliação das funções e capacidades afetadas, o enfermeiro planeja a assistência ao paciente renal crônico escolhendo o sistema de enfermagem mais adequado àquele paciente estabelecendo metas a serem atingidas. A avaliação é um processo é contínuo e simultâneo ao desenvolvimento dos cuidados[10]. Já o cuidado de si de pessoas com IRC abrange dimensões distintas do processo de cuidado, sendo evidenciadas no dia-a-dia, nas falas, atitudes, crenças e principalmente por meio das atitudes. Outra dissertação encontrada revelou que as vivências com o estado de adoecimento e a convivência com a IRC é expressa através dos diversos cuidados que realizam como os cuidados com o corpo, com a saúde, e a autonomia no cuidado de si. As atividades de vida diária como o vestir-se, arrumar-se, cuidados de

higiene, alimentação, entre outras, demonstram que, embora ocorram alterações nos hábitos e estilo de vida, ocorre uma adaptação ao tratamento. A revelação do cuidado de si ocorre também por meio da autonomia dessas pessoas, as quais se sentem à vontade em decidir o que é melhor para si, aderindo ou não ao tratamento. Outro resultado da análise sugere que neste contexto, ocorra a inserção da equipe de enfermagem como facilitadora do cuidado de si de pessoas com IRC, considerando suas particularidades, adaptando e estipulando limites para eles. Pacientes com IRC tem atividades de lazer e a diversão comprometidos, porque geralmente, apresentam morbidades associadas, como patologias cardiovasculares e problemas físicos decorrentes da IRC, como dores lombares, fraqueza, tremores e edema. Nesse sentido, as atividades de educação em saúde aparecem como estratégias para um processo de cuidado com caráter educativo, singular e individualizado, que leve à compreensão do envolvimento necessário para melhores condições de vida da pessoa com IRC. Os programas de orientação e detecção precoce da IRC podem reduzir, de forma significativa, o ingresso na diálise. Compreender o significado da doença renal e a importância da mudança de hábitos de vida do paciente é relevante para tornar as pessoas conhecedoras da sua situação de saúde e para as manifestações clínicas da doença[11]. **3) Qualidade de vida de pacientes com IRC submetidos a diferentes tipos de tratamentos:** no que se refere a qualidade de vida, os estudos analisaram que o grupo em tratamento pré-dialítico apresentou maiores níveis de ureia e creatinina e menores taxas de hemoglobina quando comparado aos pacientes que estão em diálise peritoneal ou hemodiálise. Quando esses dois últimos tipos foram comparados, percebeu-se que pacientes em diálise peritoneal apresentaram melhor qualidade de vida. Os pacientes em hemodiálise sentem-se satisfeitos com o desaparecimento dos sinais e sintomas, porém surgem implicações para o corpo que demandam enfrentamento. Já quando comparou-se pacientes em diálise com os que se encontram em tratamento conservador, percebeu-se que aqueles em diálise tem maior qualidade de vida dos que estão em tratamento conservador e pacientes transplantados tem melhor qualidade de vida do que qualquer outra forma de tratamento renal. Os pacientes em pré-diálise sentem seu corpo influenciado pela presença de sinais e sintomas da doença e revelam que ocorrem interferências em sua individualidade, ou seja, há uma imposição do cuidado, o que pode estar relacionado às influências do modelo biomédico. Por outro lado, estudo mostrou que a hemodiálise causa prejuízos à qualidade de vida nos aspectos físicos, emocionais e vitalidade compromete as atividades recreativas. À medida que o tempo em hemodiálise aumenta, as alterações tornam-se significativas, como as relacionadas ao trabalho, atividades domésticas e práticas[12]. Os escores de qualidade de vida dos pacientes que realizaram o transplante renal são superiores àqueles pré-transplante, embora a qualidade de vida possa ser afetada devido aos efeitos colaterais das medicações e estresse com a condição de saúde. Pacientes transplantados utilizam estratégias de enfrentamento centradas na emoção. O atendimento psicológico pré e pós-transplante atua como facilitador da qualidade de vida desses pacientes[13]. Já no caso de pacientes em tratamento conservador, a adoção de condutas

adequadas pode retardar a evolução da IRC, evitar complicações, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, além de reduzir os custos[14]. Outro fator relevante é que em estudo[15] sobre as percepções de pessoas em programa de prevenção da doença renal, foi identificado que as pessoas não percebem a IRC como uma doença, tendo em vista que não prejudica o desempenho pessoal nas atividades e permite levar uma vida normal. No entanto foi identificado que a IRC afeta a qualidade de vida dos pacientes mesmo nos estágios iniciais do tratamento, causando preocupação da família no que se refere a possibilidade de agravos à saúde e progressão da doença[15]. Assim, a complexidade e a extensão dos problemas de viver com uma doença crônica e adequar-se a uma terapêutica específica pode causar prejuízos psicológicos e no cotidiano da pessoa e sua família, interferindo nas condições de saúde e qualidade de vida[12]. **4) A adesão de crianças e adolescentes ao tratamento pré-dialítico da IRC e o significado para as mães em ter um filho nessas condições:** em estudo realizado com crianças e adolescentes percebeu-se que a adesão a terapia medicamentosa e a dieta necessária no tratamento conservador da IRC era altamente falha. Quando comparou-se esses resultados com as anotações realizadas pelos profissionais, notou-se que as anotações sobre os comportamentos dos pacientes foram realizadas em pequeno número. Pacientes com pouco conhecimento sobre a doença e o tratamento apresentaram-se menos aderentes. Nesse contexto, os profissionais da saúde podem atuar para modificar esse ponto do processo de adesão. Proporcionar benefícios sociais, orientações individualizadas, suporte psicológico e acompanhamento das pessoas em tratamento e suas famílias são atividades essenciais dos profissionais da saúde, implicando na maior adesão ao tratamento[16]. A adesão ao tratamento da IRC pode ser percebida por um processo no qual as pessoas envolvidas são influenciadas por fatores que determinam a continuidade ou descontinuidade do tratamento, com base na confiança na equipe, redes de apoio, nível de escolaridade, aceitação da doença, efeito colateral da terapêutica, falta de acesso à medicação, longos períodos de tratamento e ausência de sintomas[17]. Os maiores impasses para a adesão ao tratamento encontrados no estudo analisado foram às condições que muitas famílias se encontravam, fatores esse difíceis de serem alterados. Pesquisa[18] refere que as doenças crônicas impõem além de retornos ao hospital, afastamento temporário ou prolongado da criança/adolescente da escola. Além disso, há o surgimento de necessidades psicossociais expressivas, que tem como consequência a mudanças de papéis para o manejo da DRC. A partir disso, nota-se que o companheirismo, a afeição, a atenção, o apego, a segurança, a liberdade, a participação, entre outras são demandas que precisam ser contentadas para manutenção do vínculo afetivo na família. Os resultados dos estudos analisados revelaram que muitas mães buscavam apoio espiritual a fim de unir forças para prosseguir o tratamento e conviver com a possibilidade de perda do filho. A presença de uma doença crônica afeta a condição de vida da criança e consequentemente leva ao desequilíbrio do sistema familiar, na forma como as crianças se relacionam. Investigação[18] acerca do cuidado domiciliar proporcionado a crianças com DRC evidencia que cada família possui uma forma singular de lidar com o processo de adoecimento, sendo que

algumas veem a cura por meio da crença na esperança e outras reagem com descrença e despreparo para o enfrentamento da patologia, apresentando dificuldade para compreender a necessidade de cuidados da criança em condição de cronicidade. O enfrentamento da família varia de acordo com a severidade da doença que a criança possui, das exigências para o tratamento e da rede de apoio. A incerteza do futuro da criança aparece como causador de ansiedade, o que demanda atitudes que minimizem esse sentimento, essa ações podem ser realizadas de acordo com que a família é esclarecida sobre como manejar e compreender a doença. O que pode ser alcançado por meio da interação dialógica com a criança-adolescente, família e enfermagem promovendo assim, a autonomia e formas de realizar os cuidados[18]. Pesquisa4 revela que, muitas vezes, a causa da DRC é anunciada precocemente na vida, já a partir da infância ou juventude marcadas por uma saúde frágil, com malformações ou atingidos precocemente pelas comorbidades como a HAS. A situação de adoecimento de crianças e adolescentes traz uma série de significações na vida das pessoas, com mudanças no estilo de vida e dedicação da pessoa e da família, onde a equipe multiprofissional precisa desenvolver ações compreensivas no acolhimento, por meio do vínculo e confiança[19]. Percebe-se que o processo de adoecimento desorganiza o cotidiano do paciente e de sua família. Nesse momento, as famílias embora sofram com as condições de adoecimento da criança, reorganizam-se e criam forças em prol da proteção e apoio, considerando este o foco das atenções neste momento. **5) Influência do comportamento do paciente na progressão da IRC:** muitas vezes, os pacientes no início do tratamento conservador da IRC apresentam algum grau de desnutrição devido as restrições alimentares impostas pelo tratamento, podendo chegar a anorexia. Na medida em que a doença avança, o consumo alimentar espontâneo e o estado nutricional dos pacientes sem orientação dietética efetiva reduzem. É recomendável que se tenha acompanhamento do nutricionista experiente no tratamento de doentes renais crônicos, a fim de evitar a desnutrição. A progressão da IRC está ligada ao aumento da probabilidade de se ter uma doença cardiovascular, que pode ser somado à história familiar prévia de cardiopatia, ingestão de sal, nível de colesterol, proteinúria ou anemia. Os fatores de risco para cardiopatia estão muito presentes em pacientes em tratamento conservador da IRC. Quando comparados à população geral, os pacientes com IRC apresentam maior prevalência de fatores de risco tradicionais para doenças cardiovasculares, como hipertensão e dislipidemia[20]. A anemia é uma complicação comum nos pacientes nefropatas crônicos. Quando menor o valor da hemoglobina pior é o desfecho da doença, pois inclui consequências como: fadiga, intolerância ao exercício, deficiência cognitiva e exacerbação da doença cardiovascular. Por outro lado, outro estudo mostrou que a predominância de pacientes em pré-diálise em acompanhamento ambulatorial com sobrepeso e obesidade aponta a importância das orientações dietéticas e de atividade física[14]. O aconselhamento sobre o consumo de sódio, proteína, terapia medicamentosa, auxílio para obtenção de remédios sem custo, orientações sobre o controle do peso, da pressão arterial, da glicemia e o apoio psicológico quando compartilhados pelas profissões fazem com que se torne mais

fácil e provável que o paciente desenvolva os cuidados. Neste contexto, a aceitação da doença é considerada fator primordial para a adesão ao tratamento. Desse modo, é relevante que o enfermeiro esteja motivado e estimule constantemente o paciente e lhe proporcione escolhas que favoreçam um enfretamento positivo da doença[4]. As alterações no perfil bioquímico das pessoas com IRC em tratamento pré-dialítico estão, muitas vezes, relacionadas aos hábitos alimentares. A adoção de novos hábitos alimentares e de vida possibilita a manutenção deste tratamento, no entanto, repercutem na perda de qualidade de vida que muitas vezes está relacionada à renúncia no consumo de alguns alimentos, bebidas e prática de certos hábitos considerados prazerosos. O acompanhamento dos pacientes, diálogo entre a equipe e o desenvolvimento de intervenções planejadas, muitas vezes, explicam o desfecho da situação do paciente. Estudo sobre o itinerário terapêutico de pacientes com DRC mostrou que alguns pacientes descuidam de sua saúde, porque reduziram a relevância das comorbidades, não realizando as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde ou negando o enfrentamento de que o quadro da doença é sério e pode se agravar[4]. Nesse contexto o doente renal crônico necessita de constante apoio para conseguir alcançar a adaptação à qualidade de vida limitada frente às situações resultantes de sua atual condição de saúde. Para que isso aconteça, a equipe de saúde precisa fortalecer o vínculo com paciente e família e oferecer apoio permanente, considerados compromisso ético de cada profissional. Além disso, há a necessidade de um processo educativo durável para o autocuidado com o objetivo de prepará-lo a desenvolver habilidades de enfrentamento e para lidar com essa nova condição de vida[4].

## CONCLUSÕES

O tratamento pré-dialítico visa auxiliar na redução do ritmo de progressão da doença renal, mantendo a função renal e melhorando as condições clínicas, psicológicas e emocionais das pessoas. Assim, salienta-se a importância em abordar o tratamento conservador ou pré-dialítico da IRC como possibilidade de terapia, pois existe a possibilidade de reduzir a progressão da IRC, evitando ou retardando o ingresso na diálise. Esta terapia ainda é um tema pouco conhecido, porém muito relevante. Atualmente passa-se por uma epidemia mundial das doenças crônicas e o estudo sobre as tendências da produção do conhecimento na área do tratamento pré-dialítico da IRC confirmou a relevância do desenvolvimento de estudos nessa área, uma vez que há poucas produções científicas que abordem esse tema. A prevenção da doença renal e a promoção da saúde precisam englobar além dos grupos de hipertensão e diabetes, programas que compreendam as necessidades da população e melhoria das atividades de educação em saúde. Acredita-se que essas atividades educativas possam estar relacionadas à redução de risco de eventos cardiovasculares, pressão arterial e diabete mellitus. No que tange a categoria do trabalho que aborda a depressão de pacientes com IRC que o problema no enfrentamento da doença é um fator relevante no tratamento pré-dialítico, pois as modificações necessárias para que os pacientes não precisem fazer diálise são muitas, além de complexas. A saúde mental destas pessoas é afetada pela IRC,

devendo ser abrangida no tratamento pré-dialítico. Acredita-se que a IRC desmotive o paciente para a vida, pois nota-se que, frequentemente, eles consideram inevitável o seu futuro na diálise, que também é vista como última etapa da vida. Notou-se, que o autocuidado e o cuidado de si do doente renal crônico são permeados por sentimentos negativos e de insegurança, revelando a necessidade dos profissionais abordarem de forma mais abrangente esses pacientes por meio do diálogo e apoio. Entende-se que os estudos que abordaram o autocuidado apontaram para a sugestão de traçar metas para esses pacientes, visando motivá-los e avaliar a necessidade de intervenções de enfermagem. Salienta-se que esta área é um campo em potencial para a atuação da enfermagem, que na prática assistencial ainda enfrenta dificuldades para sua implementação. A atuação do enfermeiro, assim como de toda a equipe multidisciplinar, é indispensável para manter a qualidade de vida de pacientes em pré-diálise. É necessário que os órgãos competentes atentem para a qualidade do serviço oferecido a esses pacientes, os quais, com acompanhamento eficaz, manter-se-ão fora da diálise, que acarreta, atualmente, gastos exorbitantes ao sistema de saúde. Percebe-se que, no Brasil, caminha-se a passos lentos na efetivação de atividades de promoção de saúde, como o tratamento pré-dialítico cabendo aos profissionais esforçarem-se dentro de suas competências para assistirem os pacientes com IRC de forma integral, e aos pacientes cobrarem dos gestores públicos uma melhor qualidade em seu atendimento. A IRC trás modificações para a qualidade de vida dos pacientes, as quais podem ser minimizadas por meio de adaptações no cotidiano de vida do paciente e sua família que considerem suas especificidades. Atualmente, a qualidade de vida é utilizada como uma forma de expressar as condições de saúde, porém acredita-se que a qualidade de vida de pacientes em pré-diálise vá além dessas condições, que muitas vezes são apenas resultados qualidade dos serviços que lhe dão suporte e das condições econômicas e sociais em que vivem. No que tange aos resultados que apontaram para a adesão de crianças e adolescentes à pré-diálise nota-se que não há como abordar esse contingente populacional sem considerar a família, que os acompanha e também enfrenta as modificações visando o bem-estar de seu membro. A partir disso, entende-se que é preciso que os profissionais formem mentalidades de que é possível "fazer a diferença", e se tratando de pacientes com IRC, essa diferença pode valer uma vida. Nesse sentido, adentra-se no contexto da Estratégia de Saúde da Família que tem um maior contato com os usuários e suas famílias, fato este mais difícil quando se refere a ambulatórios. É mister que haja uma capacitação daqueles profissionais, pois esses podem auxiliar na adesão ao tratamento por meio de ações que influenciem no comportamento do paciente para evitar a progressão da IRC. A equipe multiprofissional deve estar envolvida em ações para detecção precoce da disfunção renal, prevenindo os agravos à saúde das pessoas e suas famílias. Ressalta-se que devido à carência de estudos produzidos pela enfermagem nesta área resolveu-se abranger todos os campos da saúde.

**ÁREA TEMÁTICA**: Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS**

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de Cuidado: Hipertensão e Diabetes. Representação Brasil. Brasília: 2010. Acesso em: 29 de julho de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf

2. Ministério da Saúde (Brasil). Portal da Saúde, Sistema Único de Saúde. Orientação e Prevenção: Hipertensão – Diabetes. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Acesso em: 29 de julho de 2013. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/341/orientacao-e-prevencao.html

3. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2013. Acesso em: 29 de julho de 2013. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2364-sao-134-milhoes-de-pessoas-portadoras-de-diabetes-no-brasil

4. Fortes VLF, Bettinelli LA, Pomatti DM, Brock J, Dobner T. O itinerário da doença renal crônica: do prenúncio à descoberta. Rev RENE. 2013; 14(3):531-40.

5. Romão JEJ. Conceituação, classificação e epidemiologia. In: Canziani MEF, Kirsztajn, GM, organizadoras. Doença Renal Crônica – Manual Prático – Uso diário ambulatorial e hospitalar. São Paulo: Livraria Balieiro; 2013. p. 1, 10-13.

6. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

7. Conde SAL, Fernandes N, Santos FR, Chouab A, Mota MMEP, Bastos MG. Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. J bras nefrol. 2010 Set;32(3):242-48.

8. Almeida AM. Revisão: A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. J bras nefrol. 2003;25(4):209-14.

9. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. Rev psiquiatr clín (São Paulo). 2005;32(3);149-59.

10. Ramos IC, Chagas NR, Freitas MC, Monteiro ARM, Leite ACSR. A Teoria de Orem e o cuidado a paciente renal crônico. Rev Enferm UERJ. 2007 abr/jun;15(2):444-9.

11. Pacheco GS, Santos I. Cuidar de cliente em tratamento conservador para a doença renal crônica: apropriação da Teoria de Orem. Rev Enferm UERJ. 2005; 13(1):257-62.

12. Malheiro PO, Soares DA. Percepções dos indivíduos com insuficiência renal crônica sobre qualidade de vida. Enferm glob. 2012 out;11(4):276-94.

13. Ravagnani LMB, Domingos NAM, Miyazaki MCOS. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. Estud psicol (Natal). 2007; 12(2):177-184.

14. Rembold SM, Santos DLS, Vieira GB, Barros MS, Lugon JR. Perfil do doente renal crônico no ambulatório multidisciplinar de um hospital universitário. Acta paul enferm. 2009;22(Esp. Nefrol):501-4.

15. Delgado CEY, Delgado FLY, Betancourt MLV, Orozco BEO. A qualitative study of patient`s perceptions of a preventive renal programme in Colombia 2008. Chronic Illn. 2010;6(1):252-62.

16. Santos FR, Filgueiras MST, Chaoubah A, Bastos MG, Paula RB. Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida e em parâmetros laboratoriais de pacientes com doença renal crônica. Rev psiquiatr clín (São Paulo). 2008;35(3):87-95.

17. Maldaner CR, Beuter M, Brondani CM, Budó MLD, Pauletto MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. Rev gaúch enferm. 2008 dez; 29(4):647-53.

18. Freitas TAR, Silva KL, Nóbrega MML, Collet N. Proposta de cuidado domiciliar a crianças portadoras de doença renal crônica. Rev RENE. 2011 jan/mar; 12(1):111-9.

19. Ramos IC, Queiroz MVO, Jorge MSB. Cuidado em situação de doença renal crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. Rev bras enferm. 2008 mar/abr; 61(2):193-200.

20. Weiner DE, Sarnak MJ. A decade after the KDOQI CKD guidelines: impact on the cardiovascular disease – CKD Paradigm. Am J Kidney Dis. 2012; 60(5):710-2.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# RELATANDO A EXPERIENCIA DE ENTREVISTAR FAMÍLIAS RURAIS QUE VIVENCIAM O CÂNCER: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

# REPORTING THE EXPERIENCE OF INTERVIEW WITH RURAL FAMILY THAT EXPERIENCING CANCER: CONTRIBUTIONS TO NURSING

# REPORTANDO LA EXPERIENCIA DE ENTREVISTAR A LAS FAMILIAS RURALES QUE VIVENCIAN EL CANCER: CONTRIBUCIONES A LA ENFERMERÍA

ROSSATO, Karine[1]
GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira[2]
MISTURA, Claudelí[3]
ROSO, Castro Camila[4]
CAMPONOGARA, Silviamar[2]
MATHIAS, Caroline Vieira[3]

1 Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: kaka.rossato@hotmail.com.
2Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.
3 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.
4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**RESUMO:** A vida da família rural em situação de adoecimento por câncer torna-se mais difícil quando comparada com a urbana, pois enfrenta dificuldades com a distância entre a residência e os serviços de saúde. O objetivo deste estudo é relatar a experiência de entrevistar famílias rurais que vivenciavam o adoecimento por câncer de um de seus membros. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência vinculado à pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso, realizado com famílias rurais cadastradas em unidades de atenção básica em saúde. A experiência deentrevistar essas famílias contribuiu para conhecer o contexto em que vivem, além das dificuldades que enfrentam, bem como seus aspectos culturais, espirituais, psicossociais e ambientais. Os profissionais de saúde necessitam cultivar uma atitude aberta a esses aspectos, criando a possibilidade de um espaço significativo da relação entre paciente-família-profissional.

**Descritores:** Família; População Rural; Neoplasias; Enfermagem.

**ABSTRACT:** The life of rural family in situation of illness by cancer becomes more difficult when compared to urban as struggling with the distance between the residence and health services. The aim of this study is to report the experience of interviewing rural families who experienced the illness from cancer of one of its members. This is a descriptive study, the type experience report linked to the research of Work Completion Course, conducted with rural families enrolled in primary healthcare unit. The experience of interviewing these families helped to know the context in which they live, and the difficulties they face, as well as its cultural, spiritual, psychosocial and environmental. Health professionals need to cultivate an open attitude to these aspects, creating the possibility of a significant space of the relationship between patient-family-professional.

**Descriptors:** Family; Rural Population; Neoplasms; Nursing.

**RESUMEN:** La vida de la familia rural en situación de enfermedad por cáncer se hace más difícil,en comparación con el urbano, por las dificultades con la distancia entre el domicilio y los servicios de salud. El objetivo de este trabajo es reportar la experiencia de entrevistar a las familias rurales que sufrieron la enfermedad de cáncer de uno de sus miembros. Se trata de un estudio descriptivo, del tipo reporte de experiencia, vinculado a la investigación de Trabajo de conclusión de curso, llevada a cabo con las familias rurales matriculados en las unidades de atención primaria de salud. La experiencia de entrevistar a estas familias ayudó a conocer el contexto en el que viven, y las dificultades que enfrentan, así como sus aspectos culturales, espirituales, psicosocial y ambientales.Los profesionales sanitarios necesitan cultivar una actitud de apertura a estos aspectos, creando la posibilidad de un espacio significativo de la relación entre el paciente, la familia y los profesionales.

**Descriptores:** Familia; Población Rural; Neoplasias; Enfermería.

**INTRODUÇÃO:** O câncer é conhecido há muitos séculos e foi amplamente considerado como uma doença dos países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros. Há aproximadamente quatro décadas, a situação vem mudando, e a maior parte do ônus global do câncer pode ser notada em países em desenvolvimento, principalmente aqueles com poucos e médios recursos[1]. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, no ano de 2030, espera-se 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer.

O maior efeito desse aumento vai incidir em países com baixa e média renda[1]. Além disso, o câncer é considerado problema de saúde pública pela elevada incidência, prevalência, mortalidade, gastos hospitalares e, acima de tudo, as consequências sobre a qualidade de vida do sujeito, bem como demandas de cuidado para os profissionais de saúde[2]. Trata-se de uma doença que não envolve somente a pessoa doente, mas todo ciclo familiar, não sendo visto apenas como um conjunto de sintomas, mas com representação simbólica,

social, moral e psicológica, gerando consigo sofrimentos, conflitos emocionais e expectativas das mais variadas[3]. Podem ser compreendidos nesse círculo familiar todos os indivíduos com as quais o paciente possui ligação afetiva, como os amigos, parentes e vizinhos, que possam se envolver no processo terapêutico do mesmo. No cotidiano do cuidado aos pacientes com câncer e seus familiares, verifica-se que essa experiência é complexa e sofrida, pois ocasiona, muitas vezes, mudanças radicais na vida das pessoas, alterando, em algum grau, seus papéis familiares e sociais. As demandas e as dificuldades colocadas às famílias se ampliam, uma vez que aumenta a dependência e a necessidade de cuidados[4], principalmente por parte do familiar que se dedicará aos cuidados do doente. É relevante salientar que nem sempre a família apresenta uma estrutura adequada para dar conta de todas as demandas que a doença requer, visto que esse processo pode contribuir para a instalação de uma crise do núcleo familiar[3]. Nessa perspectiva, a vida de toda família será alterada, de maneira mais ou menos significativa, no decorrer de uma doença potencialmente inevitável de um de seus membros[5]. O funcionamento familiar envolve mais questões interativas do que biológicas, consistindo em um poderoso círculo no qual as relações de todo o grupo tornam-se mais intensas, tanto com o doente, quanto com a doença; ocorrendo troca de informações e sentimentos que afetam ligações e vínculos pessoais, recíprocos e obrigatórios. No contexto de vida das famílias rurais, as dificuldades em relação ao adoecimento de um dos membros por câncer é diferente das famílias que residem no meio urbano, pois há dificuldade no acesso às informações e ações de saúde, devido às distâncias entre a residência e os serviços de saúde, precariedades dos serviços locais e falta de sensibilização e organização da rede de saúde para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes do trabalho no campo[6]. Diante disso, percebe-se que, quando o indivíduo excede as suas possibilidades de controle das situações vividas, procura outros sentidos que possa proporcionar conforto, tranquilidade e melhor perspectiva de vida. Pode-se entender que essa busca relaciona-se também aos aspectos da fé, da esperança e da sua espiritualidade, que contribuem para o equilíbrio da saúde, visto que a necessidade de cuidado espiritual se apresenta mais intensamente em face da dor e do sofrimento[7]. A manifestação da espiritualidade ocorre de diferentes formas para cada pessoa. Cada um expressa rituais e práticas religiosas que dão sentido ao momento pelo qual estão passando, como a oração, a meditação ou outros rituais que transmitem bem estar em relação à saúde[7]. Nessa perspectiva, faz-se importante que a equipe de enfermagem e saúde, inseridas no campo de saúde coletiva ou hospitalar, propiciem suporte às famílias, evidenciando as necessidades que estes enfrentam e, em conjunto, ajudando a família a descobrir suas próprias soluções para os problemas[8]. É fundamental saber como é constituída família, seus aspectos culturais, socioeconômicos, religiosos e com isso, poder formular uma assistência ou um plano de ação adequado a cada membro familiar, beneficiando o indivíduo dependente de cuidados. Destaca-se que esses fatores precisam ser considerados como importantes pelos profissionais de saúde, quando avaliam, realizam e prescrevem práticas de cuidado.

**OBJETIVO**

O objetivo deste estudo é relatar a experiência de entrevistar famílias rurais que vivenciavam o adoecimento por câncer de um de seus membros para realizar um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência vinculado a uma pesquisa de TCC, realizado por uma acadêmica do 8º semestre de graduação em enfermagem, com famílias rurais cadastradas em unidades de Atenção Básica em Saúde do município de Nova Palma/RS/Brasil. Quanto ao aspecto histórico do município de Nova Palma, sua instalação ocorreu em 28 de janeiro de 1961. Possui uma área de 342,40Km$^2$ e cobertura florestal de 141,86 Km$^2$, está dividido em três distritos: o da sede da cidade de Nova Palma e os distritos de Caemborá e Vila Cruz, possuindo ainda, cerca de 1.000 Km de extensão em estradas municipais[9]. O município tem como eixos econômicos a agricultura, indústria de extração de basalto, moveleira, alimentícia e cooperativismo, destacando a comercialização agrícola, principal atividade do município. Possui um total de 6.342 habitantes, sendo 3.259 pessoas residentes na área rural (51,4%) e 3.083, na área urbana (48,6%)[8] e integra a chamada Quarta Colônia de Imigração Italiana, a qual é constituída pelos municípios de Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Ivorá, Nova Palma, Pinhal Grande, São João do Polêsine e Silveira Martins[10].Para atender as demandas da saúde da população rural a Secretaria Municipal de Saúde de Nova Palma conta além da Unidade Básica de Saúde (UBS) sede, com duas unidades rurais de atenção básica: Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada no Distrito de Caemborá e a UBS situada no Distrito de Vila Cruz, cujas equipes de saúde são formadas por médicos, enfermeiras, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, dentistas e Agentes Comunitários de Saúde. As entrevistas foram realizadas no domicílio das famílias rurais entre os meses de julho e agosto de 2012, vinculado a um projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria, que o analisou e aprovou em relação às questões éticas conforme expresso no parecer CAAE nº 05137012.9.0000.5346. Participaram do estudo 12 famílias, totalizando 29 pessoas, que vivenciavam o adoecimento de um de seus membros por câncer residentes em área rural do município de Nova Palma/RS. Os familiares participantes foram indicados pelas próprias famílias. O critério de inclusão para o trabalho era ter, no momento da entrevista, no mínimo, duas pessoas, podendo uma delas ser o (a) próprio (a) paciente. Foram excluídos do estudo os familiares que apresentaram limitação cognitiva que os impedia de compreender ou responder as perguntas da entrevista. Para a seleção das famílias foi entrado em contato com as enfermeiras e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das unidades de saúde mencionadas anteriormente, as quais indicaram famílias residentes na área rural que vivenciavam o adoecimento de um familiar adulto por câncer, independente do tipo e do estágio da doença.

**RESULTADOS**

As famílias rurais do estudo, ao vivenciarem o adoecimento confrontaram-se com situações de sofrimento, dificuldades e mudanças na vida. Com isso, elas procuraram se amparar nos seus valores, crenças e hábitos para cuidar da pessoa doente e lidar com a doença. Ao abordar a família como um sistema de saúde para seus membros, pode-se compreendê-la como um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guia suas ações, e que possui um processo próprio de cuidar[11]. No momento que o individuo recebe o diagnostico de câncer, muitas mudanças ocorrem em sua vida e das pessoas que o cercam. Essas mudanças podem ser físicas, devido aos sintomas e tratamento; sociais, em função dos gastos financeiros e desequilíbrio econômico; e psicológicos, pelos diversos sentimentos que surgem, como o medo e a angústia, transformações estas que repercutem na família. Chama-se a atenção para o fato dessas mudanças serem os principais agentes estressantes com os quais o indivíduo tem que lidar. No caso do câncer, este já ocorre a partir do diagnóstico, das informações que precisam ser reunidas e das decisões que necessitam ser adotadas para o tratamento[5]. A experiência, como acadêmica de enfermagem, de entrevistar as famílias rurais que vivenciavam o adoecimento por câncer de um de seus membros, proporcionou conhecer os rituais e as práticas religiosas desenvolvidas por essas famílias para promover o bem estar ao seu ente querido e enfrentar as dificuldades advindas do processo de adoecimento. Tanto os pacientes como suas famílias passavam por um processo perturbador, com intenso sofrimento, obrigando-os a lidar com muitos elementos estressores e desafios. Ainda, entrevistar essas famílias, possibilitou conhecer seus sentimentos de tristeza e angústia, como também ocasiões em que a família compartilhava o sofrimento e buscava estratégias para superá-lo. Esta busca por superação mostra-se mais evidente quando os problemas se tornam demasiadamente pesados, fazendo com que as famílias recorressem à espiritualidade como caminho para melhorar a qualidade de vida, assim como estimular a rapidez no processo de cura e enfrentamento da doença[12]. A relação entre os familiares com outras pessoas que vivenciam o adoecimento é outra forma de superação, pois a família compartilha seus anseios, permitindo crescimento, a volta da esperança e do acreditar em si mesmo, estabelecendo-se uma relação verdadeira de cuidado, que acaba promovendo uma melhor qualidade de vida. Além das diversas dificuldades que acomete a vida dos pacientes e seus familiares, é preciso uma reestruturação das rotinas diárias de ambos. Frente a isso, um dos primeiros aspectos a serem enfrentados é o econômico, pois o familiar que desempenha o papel de cuidador, muitas vezes, tem que mudar sua rotina, que vai desde a realização dos afazeres domésticos até ter que parar de trabalhar para cuidar do doente[3]. As condições socioeconômicas das famílias são determinantes dos processos de saúde e doença, principalmente quando os indivíduos mais pobres são acometidos, pois estes têm maiores riscos de adoecimento advindos de dificuldades econômicas e geográficas, carência de serviços e questões culturais. Em relação ao câncer, os segmentos com menor poder aquisitivo enfrentam

barreiras de acesso a serviços de saúde para detecção e tratamento precoce da doença[4]. Essa afirmação é justificada pelo fato das famílias rurais deste trabalho enfrentar dificuldades de acesso, uma vez que no município não existe infraestrutura para a realização de tratamento oncológico especializado, tendo que ser realizados em outra cidade, muitas vezes desconhecida pelo núcleo familiar. No que diz respeito à assistência a saúde, sob o olhar da integralidade, outro aspecto relevante é o acolhimento. Estudo[13] constatou que no contexto rural a prática da integralidade é colocada em risco por questões que envolvem as dificuldades de acesso e o não desenvolvimento do acolhimento, que resultam no comprometimento da qualidade da assistência e podem colocar em risco a saúde da população. Diante dessas informações, evidenciase que a falta de informações emitidas pelos profissionais da saúde sobre o tratamento, bem como a falta de conhecimento por parte da família, ocasiona sofrimento e prejudica a organização familiar do meio rural de Nova Palma. Com base no exposto, estudo comprova três elementos que fundamentam os métodos de enfrentamento em pessoas que sofrem com doenças crônicas, as quais seriam: a informação, o sentido de controle e o apoio social. A falta de informações e entendimento em relação à doença pode acentuar os sintomas de depressão e o sentimento de frustração e desesperança. Entretanto, se a informação for transmitida de forma eficiente, apesar de sua desvalorização enquanto técnica de intervenção terapêutica pode ajudar na redução dos níveis de ansiedade dos pacientes. Já o controle pessoal e o controle frente à enfermidade são importantes no intuito de proporcionar bem-estar emocional aos pacientes, uma vez que auxiliam no controle e no cuidado com a saúde. O apoio social também pode ser utilizado como recurso de enfrentamento, pois auxilia o indivíduo quanto à adaptação frente à doença[14]. Desse modo, a interação com o contexto da família rural contribuiu para perceber o quanto é difícil esse processo de adoecimento por câncer de um de seus membros, pois o grupo familiar vivencia problemas emocionais, sociais e financeiros, tendo que se adaptar às situações geradas pela doença; apesar disso, a família desempenha um papel muito importante na assistência ao cliente com câncer, particularmente na promoção do conforto e segurança ao doente. Com isso, a vivência, ao assistir as famílias rurais, possibilitou a autora entender que o paciente é um seguimento da família, e que esta é de vital importância para a recuperação de sua saúde. Em face ao cenário da complexidade do grupo familiar com relação ao adoecimento, as pessoas buscam estratégias para enfrentar o câncer. Portanto, quando a família se depara com uma situação de doença em seu núcleo, tenta buscar respostas para entender tudo o que está acontecendo, no mundo em que vive e com as pessoas que interage, recorrendo então a estratégias de enfrentamento, como a fé em Deus. Dessa forma, para encarar o processo de adoecimento, são geradas estratégias e mudanças de comportamento singular para cada indivíduo, de acordo com suas experiências anteriores, valores e crenças. Ainda, foi possível observar que os pacientes oncológicos e seus familiares buscam várias estratégias de enfrentamento em busca de comportamentos que aumentem o bem estar psicológico e que reduzem o desequilíbrio causado pelo impacto da doença. Nessa perspectiva, constata-se que a dimensão espiritual

ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas e mostra também, que é imprescindível conhecer a espiritualidade dos usuários ao planejar o cuidado de enfermagem. Assim, observou-se, durante a convivência com as famílias e as pessoas com câncer, que no momento em que as necessidades e as demandas se sobrecarregavam, eles buscavam alívio e conforto em estratégias que pareciam eficazes, como a força da fé, orações e promessas, ou seja, práticas que podem trazer sentimentos de esperança e coragem para batalhar e lutar com a própria doença. Tal fato foi percebido pela intensificação dos membros em idas às igrejas, momentos de oração em família e outras manifestações religiosas, como fazer novenas prometendo uma forma de agradecimento caso o familiar se curasse da doença, dando suporte emocional e contribuindo na agregação dos envolvidos no processo do adoecimento. No Brasil, o entendimento da espiritualidade como parte do conceito de saúde teve início, de modo estruturado em hospitais, há menos de dez anos. Ao longo do tratamento anticâncer e em sua continuidade nos cuidados paliativos, as condutas não podem se voltar apenas à abordagem física do paciente. Evidências científicas atestam que, especialmente no caso do câncer, em que o desgaste emocional e físico é imensamente maior para os pacientes, há uma resposta melhor ao tratamento quando existe suporte espiritual[15]. Apesar de ter aumentado o número de estudos em relação à espiritualidade, crenças e saúde, tal assunto ainda apresenta escassez de referências associadas à assistência de enfermagem, mesmo com os diagnósticos de enfermagem "Angustia espiritual" e "Religiosidade prejudicada" encontrados na Taxonomia de NANDA[16] e em outros estudos que têm auxiliado os enfermeiros a entenderem e fornecerem apoio espiritual ao paciente e a família[17]. Há também uma carência de pesquisas em enfermagem com enfoque em famílias rurais, o que comprova a necessidade de ampliar o conhecimento sobre os processos de viver, de adoecer e de cuidar desta população. O enfermeiro, ao compreender como elas se organizam e o que realizam para cuidar de um familiar com câncer, poderá desenvolver um plano de cuidado de acordo com o contexto de cada família[11]. Enfim, para que os profissionais de enfermagem possam atender as demandas relacionadas à doença e às reais necessidades do paciente e seus familiares, é preciso reconhecer a importância e levar em conta a espiritualidade dos pacientes com câncer quando planejam e executam a atenção à saúde, para manter uma relação de confiança e de respeito com esses pacientes[18]. Além disso, é fundamental a equipe de enfermagem oferecer orientação e apoio a essas pessoas, não apenas ensinando, mas atentando-se para as dificuldades que a família poderá apresentar, a fim de preveni-las. O paciente não deve ser visto apenas como um corpo doente, mas como um individuo que leva consigo uma historia constituída pela interação entre fatores biológicos, sociais, psicológicos, espirituais e ambientais. Os profissionais de saúde devem procurar cultivar uma atitude aberta a todos esses aspectos, criando a possibilidade de um novo espaço significativo nessa relação entre paciente família-profissional.

**CONCLUSÃO**

A experiência como acadêmica de realizar entrevistas com famílias rurais permitiu compreender o binômio família-paciente e conhecer a influência que o adoecer exerce sobre eles. Essas pessoas mostraram como pensam, reagem e atuam para transformar a situação da família no contexto de uma doença crônica. Diante disso, observou-se que, diante do diagnostico de uma doença grave, as atitudes emocionais das famílias para lidar com os conflitos e os processos de mudança podem ocasionar temor e desagregação, vistas como ameaças ao funcionamento familiar. O aparecimento de uma doença como o câncer, gera aflição não somente ao individuo acometido, mas em todos os membros envolvidos com o paciente. Também, a experiência permitiu entender a situação que viviam os pacientes com câncer e suas famílias, bem como, o contexto social, cultural e familiar onde estavam inseridos. Evidenciou-se que a população que reside no campo vive em desvantagem, pois os serviços públicos de saúde estão inseridos nos centros urbanos o que, consequentemente, leva essa população estabelecer formas para chegar aos serviços e receber um atendimento de qualidade que respeite a sua cultura e atenda suas necessidades. Sabe-se que as dificuldades vão além do exposto, pois as famílias rurais deste trabalho vivenciavam um aumento gradativo de problemas quanto ao acesso geográfico (distancia a ser percorrida e barreiras geográficas impostas), funcional (qualidade de horário de funcionamento, longo período longe de casa) e financeiro (gastos acentuados com o tratamento). E é a partir disso que a família começa a sofrer alterações na dinâmica familiar, ou seja, há disfunções no modo de se relacionar, se comunicar e resolver os problemas com os familiares, bem como crises concomitante com a doença, além de deficiência nos recursos financeiros associados à baixa renda. Apesar de todas essas dificuldades, a doença permitiu que as pessoas envolvidas com ela buscasse apoio tanto espiritual, como social. Quando os problemas começam se tornar pesados, a família recorre à fé e às praticas religiosas, as quais ficaram reconhecidas como estratégias de enfrentamento para suportar o adoecimento por câncer, pois proporcionou o bem estar psicológico e maior satisfação com a vida, evitando a presença de sentimentos negativos no âmbito familiar. Além do conforto espiritual, outro aspecto positivo que merece destaque diante de todos os transtornos originados pela doença, é o apoio social. A percepção de que outras pessoas estão próximas, disponíveis a ajudar e oferecer apoio nos momentos difíceis podem auxiliar o paciente e os familiares a enfrentar situações de estresse, pois este é um momento em que a família esta se reorganizando para proporcionar forças ao doente, onde há união, cooperação e divisão das tarefas. Dessa forma, para cuidar das famílias rurais que vivenciam o adoecimento de um de seus membros por câncer, faz-se necessário que a equipe de enfermagem conheça seu espaço, sua estrutura, sua dinâmica, ou seja, suas particularidades como cultura, crenças, religião e hábitos de saúde que estão presentes na família. É necessário compreender este conjunto de valores, os quais diferem de um grupo para outro. Também é fundamental compreender como a família se organiza para lidar com uma doença como o câncer, contribuindo para que ela disponha de recursos para

proporcionar um suporte adequado a seu membro doente. É importante salientar que a família faz parte do processo de adoecer, portanto, precisa ser acompanhada e observada em todos os aspectos, principalmente ouvindo seus anseios, seus sentimentos e necessidades que os acompanham, para detectar as situações de crise e ajudá-la a enfrentar essas dificuldades de forma adequada, para que possam participar junto com o seu familiar no decorrer do adoecimento. A família, quando incluída nos cuidados pelos profissionais, pode ser uma forte aliada da assistência, provendo segurança e apoio psicológico na readaptação do paciente à sua nova condição de saúde. Acredita-se que este relato de experiência possa contribuir para a elaboração de estratégias que visem a uma melhor atenção a esses sujeitos, atuando como fator de proteção na manutenção do equilíbrio familiar, principalmente por se tratar de famílias rurais, uma vez que os saberes e as práticas de cuidado são permeados pela perspectiva cultural de cada pessoa. Espera-se também, proporcionar uma reflexão sobre o modo como os profissionais de saúde, enfatizando a enfermagem, estão agindo e interagindo com a família, pois ela está cada dia mais presente em todos os cenários do cuidado e sendo um suporte essencial para o cliente em período critico de vida.

**Área temática:** Processos de Cuidado.

**REFERÊNCIAS**

1 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil; 2012. [acesso em 2013 jun 28]. Disponível em http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=2

2 World Health Organization (WHO). Cáncer. Note descriptive n.297 [Internet]. 2012 [acesso 2013 jun 20]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html

3 Visoná F, Prevedello M, Souza EN. Câncer na família: percepções de familiares. Revista de Enfermagem da UFSM [internet]. 2012 jan/abr [acesso em 2013 jun 18]; 2(1):145-55. Disponível em: http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3943/3148

4 Carvalho CSU. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. Rev bras cancerol. 2008; 54(1):87-96.

5 Xavier BB, Gentilli RML. Afetos e cooperação familiar como coadjuvantes do tratamento de câncer de mama em mulheres. Revista Serviço Social & Sociedade. 2012; 14(2):73-95.

6 Ebling SBD, Silva MM, Silva SO, Carpes LO. Consulta de enfermagem na prevenção do câncer do colo do útero: um espaço para a mulher rural. *In:* Anais da II Jornada Internacional de Enfermagem da UNIFRA. Santa Maria: 2012 mai; 29-31.

7 Souza JR. A Dimensão espiritual no cuidado de enfermagem: vivência do estudante de graduação. [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Mestrado em Enfermagem; 2006.

8 Bervian PI, Girardon-Perlini NMO. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. Rev bras cancerol. 2006; 52(2):121-8.

9 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE Cidades@**.** 2010 [acesso em 2013 jun 29]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1

10 Budó MLD. A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Teses em Enfermagem; 2002.

11 Zillmer JGV, Schwartz E, Muniz RM. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(6):1371-8.

12 Ferreira NML, Dupas G, Costa DB, Sanchez KOL. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. Ciênc cuid saúde. 2010; 9(2):269-77.

13 Beheregaray LR, Gerhardt TE. A Integralidade no Cuidado à Saúde Materno-infantil em um Contexto Rural: um relato de experiência. Saúde Soc. 2010; 19(1):201-12.

14 Machado ACA, Lawrenz P, Both LM, Romeiro FB, Castro EK. Enfrentamento e câncer de mama: revisão sistemática da literatura nacional. Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul. 2011 jan/jul; 12(1):31-9.

15 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Comunicação e informação. Agencia de noticias: Inca discute espiritualidade no tratamento do câncer; 2010. [acesso em 2013 jul 01] Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2010/inca_discute_e spiritualidade_no_tratamento_do_cancer

16 Nanda. North American Diagnosis Association. Diagnosticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.

17 Guerrero GP. Associação da espiritualidade na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. [Dissertação]. São Paulo: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto - USP; 2011.

18 Aquino VV, Zago MMF. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. Rev latinoam enferm. 2007; 15 (1): 42-47.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS COM ASFIXIA PERINATAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

# NURSING CARE TO CHILDREN WITH PERINATAL ASPHYXIA: AN EXPERIENCE REPORT

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA NIÑOS CON ASFIXIA PERINATAL: UN RELATO DE EXPERIENCIA

PADILHA, Priscila Kelly Dias[1]
BALDISSERA, Aline Leal[2]
NEVES, Eliane Tatsch[3]
ZAMBERLAN, Kellen Cervo[4]
SEVERO, Valéria Regina Gais[5]

1 Enfermeira, especialista em Saúde da Família, enfermeira da unidade de internação pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado a Saúde das Famílias, Pessoas e Sociedade PEFAS-UFSM. E-mail: pkdp79@yahoo.com.br.
2 Enfermeira, especialista em Urgência, Emergência e Trauma pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas -FACISA. Técnica de Enfermagem da unidade de internação pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado a Saúde das Famílias, Pessoas e Sociedade PEFAS-UFSM. E-mail: baldisseraaliny@yahoo.com.br
3 Enfermeira Pediátrica. Doutora em Enfermagem. Professora do departamento de Enfermagem e do Programa de Pósgraduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: elianeves03@gmail.com
4 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria- RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado a Saúde das Famílias, Pessoas e Sociedade PEFAS-UFSM. Email: kellencz@hotmail.com
5 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria- RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado a Saúde das Famílias, Pessoas e Sociedade PEFAS-UFSM. Email: valeriasevero@ymail.com

**RESUMO:** A asfixia perinatal é um agravo ao feto ou recém-nascido devido à falta de oxigênio (hipoxemia) ou falta de perfusão (isquemia) em vários órgãos. Trata-se de um relato de experiência a partir das atividades desenvolvidas por enfermeiras durante a assistência à criança com asfixia perinatal. Objetivou-se relatar as atividades desenvolvidas por enfermeiras em uma unidade de internação pediátrica frente às crianças com necessidades especiais de saúde por asfixia perinatal e suas famílias. As atividades foram desenvolvidas no período de maio a julho de 2013. O cenário do desenvolvimento das atividades foi a Unidade de Internação Pediátrica de um hospital de ensino. Como resultados destacaram-se a grande demanda de cuidados que estas crianças necessitam e

que requeremum alto grau de comprometimento de toda a equipe de saúde. Destaca-se como uma das estratégias que a enfermeira pode utilizar a educação em saúde, uma vez que prepara o familiar para as dificuldades que este pode enfrentar durante o desenvolvimento do cuidado no domicílio. A mudança no perfil das crianças atendidas na unidade de internação pediátrica requer da equipe de enfermagem a busca por constantes conhecimentos com o propósito de cada vez mais qualificar o atendimento prestado. A equipe de enfermagem necessita encontrar estratégias para que possa atender todas as demandas da criança com asfixia perinatal e sua família, conciliando com o seu cotidiano de trabalho.

**DESCRITORES:** Saúde da criança; Enfermagem pediátrica; Asfixia perinatal; Cuidados de Enfermagem.

**ABSTRACT:** Perinatal asphyxia is an injury to the fetus or newborn due to lack of oxygen (hypoxia) or lack of perfusion (ischemia) in various organs. This is an experience report from the activities undertaken by nurses during the assistance to children with perinatal asphyxia. This study aimed to report the activities undertaken by nurses in a pediatric unit facing the children with special health care needs by perinatal asphyxia and their families. The activities were conducted in the period May to July 2013. The scenario was the Pediatric Unit of a teaching hospital. The results pointed to the great demand for care that these children need and that require a high degree of commitment of the entire health care team. We highlight as one of the strategies that the nurse can use, is the health education, since it may prepare the family to cope with the difficulties face to development of the home care. The changing profile of children attending the pediatric unit requires nursing staff to search for constant knowledge with the purpose of increasing the qualifying service rendered. Nursing staff need to find strategies that can meet all the demands of children with perinatal asphyxia and his family, reconciling with your daily work.

**DESCRIPTORS:** Child Health; Pediatric Nursing; Asphyxia Neonatorum; Nursing Care.

**RESUMEN:** La asfixia perinatal es un daño para el feto o el recién nacido debido a la falta de oxígeno (hipoxia) o la falta de perfusión (isquemia) en varios órganos. Se trata de un relato de experiencia de las actividades llevadas a cabo por las enfermeras durante la asistencia a los niños con asfixia perinatal. Este estudio tuvo como objetivo relatar las actividades realizadas por las enfermeras en una unidad de pediatría frente a los niños con necesidades especiales de atención médica por asfixia perinatal y sus familias. Las actividades se llevaron a cabo en el período de mayo a julio de 2013. Las actividades de desarrollo en la Unidad de Hospitalización pediátrica de un hospital universitario. Los resultados apuntan a la gran demanda de atención que estos niños necesitan y que requieren un alto grado de compromiso de todo el equipo de salud. Resalta-se cómo una das

estrategias que la enfermera puede utilizar la educación en salud, ya que esto pode preparar la familia para las dificultades que puede enfrentar el desarrollo de los cuidados domiciliares. El perfil cambiante de los niños que asisten a la unidad pediátrica requiere que el personal de enfermería para buscar el conocimiento constante con el fin de aumentar la calificación del servicio prestado. El personal de enfermería tiene que encontrar estrategias que puedan satisfacer todas las demandas de los niños con asfixia perinatal y su familia, la conciliación con su trabajo diario.

**DESCRIPTORES**: Salud del Niño; Enfermería Pediátrica; Asfixia neonatal; Atención de Enfermería

**INTRODUÇÃO:** A evolução científica e tecnológica contribuem com a busca por melhores condições de saúde, além de que muitas doenças foram erradicadas e houve um aumento considerável da expectativa de vida. Mas, apesar disto a asfixia perinatal ainda possui um prognóstico difícil, considerada uma das principais causas de óbito em recém–nascidos, sendo que os que sobrevivem geralmente ficam com sequelas neurológicas. A asfixia perinatal é um agravo ao feto ou recém-nascido devido à falta de oxigênio (hipoxemia) ou falta de perfusão (isquemia) em vários órgãos, podendo ocorrer intra-útero por causas maternas em 20%, durante trabalho de parto em 35% e na vida pós-natal em 10% dos casos.[1] A fisiopatologia baseia-se na lesão hipóxico-isquêmica onde causa disfunção em múltiplos órgãos e dano encefálico.[2] Relatam ainda que a encefalopatia hipóxico-isquêmica é a consequência mais grave da asfixia perinatal, existindo sequelas neurológicas. Sua incidência é variável e responde aproximadamente por 20% das mortes perinatais. Informa também que em filhos de mães diabéticas e quando há insuficiência placentária os casos aumentam, e ainda há casos que são decorrentes de insuficiência cardiopulmonar ou neurológica.[3] A hipóxia causa um aumento da pressão arterial do recém-nascido para manter uma adequada perfusão cerebral. Com o tempo observa-se o neonato comatoso, hipotônico, com ausência dos reflexos, alteração dos movimentos oculares, taquipnéia e taquicardia.[3] Em um estudo o autor destacou que em cerca de 50% dos casos há crises convulsivas que podem ser tônicos, clônicas ou multifocais, podendo haver apnéia também. As lesões cerebrais podem ser observadas com a realização de eletroencefalograma, ecografia, tomografia axial computadorizada e ressonância magnética. Dentro deste quadro cabe à enfermeira observar e registrar as alterações neurológicas verificadas durante o cuidado e monitorar a diurese bem como a densidade urinária, pois há predisposição à necrose tubular.[3] O prognóstico é difícil, muitas vezes não há como medir a extensão da lesão, e um importante sinal clínico de vitalidade do recém-nascido é o reflexo da sucção. Este reflexo, como a palavra já diz é algo inato do ser humano, isto é, indivíduos sem alterações neurológicas possuem este reflexo, é algo que normalmente não necessita ser apreendido.

Para que a criança consiga alimentar-se é necessário um sincronismo na sucção, deglutição e respiração, sendo funções controladas pelo tronco cerebral. Estas crianças como necessitam de cuidados especiais são identificadas como crianças com necessidades especiais de saúde, e estas possuem cuidados considerados como temporários ou permanentes, dependendo do caso.[4] A prática do enfermeiro inclui o ensino que neste caso deve orientar e planejar a educação em saúde aos familiares cuidadores, desta forma envolvendo-os no cuidado diário. Ao nos referirmos à educação em saúde e o cuidado, visualiza-se a educação e o cuidado como atividades inerentes da enfermagem, não havendocondições de dissociá-los, pois quando cuida- se /educa-se e quando se educa também se cuida.[5] Sabese que estas crianças frequentemente necessitam de internações prolongadas e reinternações, cabendoao enfermeiro orientar acerca dos cuidados e também auxiliar no enfrentamento da situação. Deste modo, estas crianças estão emergindo nos serviços de saúde, exigindo dos profissionais envolvidos dedicação e adaptação, para que possa exercer suas atividades conformes as demandas da criança e sua família. Devido ao fato de que a maioria destas crianças necessita de sondas para alimentação, bem como cuidados com a higiene, enfim seus cuidados são contínuos e permanentes tornando uma rotina sobrecarregada de afazeres. No ambiente hospitalar estas crianças requerem atenção permanente e contínua no intuito de restabelecer sua saúde dentro de suas limitações. Em suma, este trabalhojustifica-se pelo elevado número de crianças com necessidades especiais de saúde por asfixia perinatal que internam na referida unidade, despertando interesse sobre a temática.

**OBJETIVO**

Relatar as atividades desenvolvidas por enfermeiras em uma unidade de internação pediátrica frente às crianças com necessidades especiais de saúde por asfixia perinatal e suas famílias.

**METODOLOGIA**

Este estudo trata-se de um relato de experiência a partir das atividades desenvolvidas por enfermeiras durante a assistência da equipe de enfermagem à criança com asfixia perinatal. As atividades foram desenvolvidas no período de maio a julho de 2013. O cenário do desenvolvimento das atividades foi a Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um Hospital de ensino, localizado na região central do sul do Brasil. A UIP, possui 16 leitos distribuídos em uma enfermaria de três leitos, duas enfermarias de cinco leitos, um apartamento com dois leitos e um apartamento com um leito geralmente usado como isolamento. Destes, cinco leitos normalmente são destinados aos pacientes cirúrgicos, três leitos geralmente para lactentes e cinco leitos para pré-escolares e escolares. Os demais leitos são utilizados conforme a demanda. Além da descrição das atividades assistenciais, foi realizada uma busca por artigos acadêmicos e materiais eletrônicos, os quais serviram como base para a construção da confirmação científica do trabalho.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Diante do diagnóstico e das demandas de cuidados das CRIANES por asfixia perinatal, os familiares perpassam por sentimentos variados. No primeiro momento percebe-se que os pais ficam apreensivos, assustados e por vezes revoltados com a situação que estão vivendo, neste momento a assistência psicológica torna-se de grande valia uma vez que auxilia os pais a aprenderem a lidar com esta "nova" situação. Estas crianças necessitam de cuidados de uma equipe multiprofissional com intuito de promover uma melhor qualidade de vida a esta criança e seus familiares. Esta equipe multiprofissional pode ser composta pela enfermagem que realiza os cuidados, como higiene corporal, administração de medicamentos e alimentos e outros fonoaudiólogos para estimular a sucção e deglutição, fisioterapeutas para auxiliar na eliminação de secreções em vias aéreas superiores e inferiores, nutricionistas para adequar a ingesta hídrica e calórica, psicólogos para ajudar no enfrentamento da nova situação, e por fim tão importante quanto as outras profissões necessita de um médico para tratar as alterações do organismo em geral, e outros conforme a demanda de cuidados. A mudança no perfil epidemiológico da infância brasileira deve-se a melhorias nas condições ambientais e nutricionais, bem como a implementação de programas e estratégias de ações em saúde, como o programa nacional de imunizações que contribuiu para redução de doenças infecciosas e imunopreveníveis.[4] Em decorrência disto, com os avanços tecnológicos surgiram crianças com necessidades especiais de saúde, sendo descritas como CRIANES no Brasil, nos Estados Unidos, children with special health care needs (CSHCN) para designar as crianças com estado de saúde delicado além da dependência de cuidados de saúde contínuos para sobreviver.[6] Diariamente vivenciam-se na prática de enfermagem com as demandas de cuidados destas crianças que se caracterizam como de natureza contínua e complexa.[4] Entre os cuidados destacam-se a oxigenioterapia, manuseio de sondas gástricas, entéricas e gastrostomia, colostomia, traqueostomia, sondagem vesical, administração de medicamentos, verificação dos sinais vitais, controle de diurese e densidade urinária. CRIANES possuem uma fragilidade clínica, onde os distúrbios respiratórios estão entre a principal causa de internação hospitalar.[4] Além de que em 2004, estas crianças representaram 45% das internações hospitalares no sistema único de saúde e com tempo de internação em torno de 15 dias. Em virtude disto a equipe de enfermagem que atua na área pediátrica necessita estar sempre atualizada tendo em vista as grandes demandas de cuidados existentes. A assistência de enfermagem inclui preparar, orientar o familiar cuidador para realizar desde a higiene corporal até na administração da alimentação e medicações via sonda gástrica, enteral ou gastrostomia.[7] Estes cuidados quando não são realizados adequadamente influenciam na sobrevivência destas crianças. Os mesmos autores aindainformam sobre a classificação das CRIANES segundo os tipos de cuidados como: demandas de desenvolvimento, tecnológicos, medicamentosos, habituais modificados e mistos.[7] De acordo com a experiência vivenciada no cotidiano de trabalho da UIP percebe-se que as crianças com asfixia perinatal correspondem o maior índice de internações e que a maioria necessita de todas estas

demandas de cuidados. Desta forma salienta-se a importância do cuidado ser adequado à estas necessidades, tornando este cuidado eficiente e eficaz. Como parte da equipe multiprofissional, o fisioterapeuta desempenha um importante papel no desenvolvimento motor e no restabelecimento da função respiratória, visto que a maioria das reinternações das CRIANES por asfixia perinatal são causadas por infecções das vias aéreas. Sendo que, as aspirações das vias aéreas são realizadas tanto pela equipe de enfermagem quanto os fisioterapeutas, e juntos devem avaliar a necessidade deste procedimento, evitando traumatizar a mucosa nasal. Além disso, é essencial o acompanhamento com nutricionistas para que possa ser ofertando uma dieta adequada às condições específicas de cada criança. Assim como a prestação de cuidados dos demais profissionais que consideram- se importantes para o tratamento e recuperação da criança. Dentre os cuidados com as sondas para alimentação está a observação de mantê-las em posição correta evitando vômitos e mesmo a aspiração dos alimentos. A fixação das mesmas deve ser adequada a fim de evitar deslocamentos e até mesmo lesões na pele. A distensão abdominal deve ser avaliada diariamente, bem como as eliminações fisiológicas. Devido aogrande número de cuidados que estes pacientes exigem e sua vulnerabilidade, evidencia-se internações recorrentes. Atenção também deve ser dada a infecções relacionadas à assistência, pois os fatores de risco extrínsecos e a realização de procedimentos invasivos podem determinar contaminações e possíveis infecções. Estas contaminações podem ocorrer devido a alimentos inadequados e até mesmo contendo germes nocivos ao organismo, a infecção pode ser oriunda através de medicações contaminadas ou mesmo passagem de micro-organismos das mãos do cuidador para a criança. Outro fator que contribui para infecções são as necessidades de dispositivos como sondas para alimentação, cateteres venosos para administração de medicações, bem como o próprio ambiente hospitalar favorece as contaminações por germes, detecta-se primeiramente alterações na temperatura (hipertermia). Desta forma a equipe de enfermagem deve estar atenta à estas alterações, bem como nos sinais vitais pois indicam como está o quadro clínico da criança. Durante a assistência a esta criança internada, a equipe se depara com uma vasta demanda de cuidados, muitas vezes exaustivas para a equipe. Em decorrência do número alto de procedimentos técnicos que a criança com asfixia requer, toda a equipe sente-se sobrecarregada com essas demanda, uma vez que um profissional não fica responsável apenas por uma criança. Neste sentido, quando há uma criança com asfixia que exige grande atenção e demandas de cuidado, a enfermaria acaba se tornando exaustiva para os profissionais da equipe. Esta situação acaba direcionando o cuidado à criança de uma maneira tecnicista, voltada para os procedimentos técnicos biológicas, como por exemplo nas alterações Em um estudo, as enfermeiras trazem que em sua prática,o cuidado muitas vezes é fragmentado e focado no tratamento de um órgão, ou aparelho doente, centrado nos procedimentos técnicos e administração de medicamentos.[8] A equipe diante desta realidade, precisa reestruturar seu processo de trabalho, muitas vezes centrado nos procedimentos, sendo reforçado pela carência de recursos humanos, sobrecarga de trabalho e superlotação

de clientes, e ainda necessitam adotar tecnologias de cuidado, que visem a integralidade da assistência.[9] Éimportante salientar que na UIP, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) vem sendo implantada aos poucos, despontando como método científico de trabalho que proporciona melhorqualidade na assistência prestada a estes pacientes, por meio de um planejamento de ações de enfermagem individualizadas. Este método faz com que a estrutura teórica da enfermagem seja aplicada à prática, auxiliando na continuidade e integralidade do cuidado humanizado, na valorização do enfermeiro, fortalecendo também o trabalho em equipe.[10] Para desenvolver uma enfermagem humanística, teoria e prática dependem da experiência, conceituação, participação e da visão que cada enfermeiro possui no seu ambiente de trabalho. Humanizar a assistência é dar condição humana ao atendimento prestado, respeitando sempre o indivíduo, suas crenças, valores, necessidades, desejos, medos, conquistando assim maior credibilidade para a enfermagem.[11] Diante dessas demandas de cuidados, o enfermeiro, assim como os demais profissionais de saúde, devem estar cientes das necessidades da criança e de sua família trabalhando com todos os cuidados em busca de garantir que estas sejam atendidas. Para isto, a enfermagem, especificamente os enfermeiros, possuem uma importante atuação como responsável pelas ações educativas, ajudando os familiares a se adaptarem a esta nova situação, tornando-os participantes e conscientes do cuidado prestado, bem como do processo de recuperação, promoção da saúde e qualidade de vida, buscando fortalecer a aliança de saberes entre a família e a enfermagem, dentro de uma perspectiva crítico-libertadora.[12] As CRIANES por asfixia perinatal geralmente são provenientes da unidade intensiva que ao serem transferidas para a unidade de internação pediátrica é que os familiares cuidadores começam a realizar os cuidados de modo cotidiano e sentem a necessidade de preparar-se por meio da educação em saúde para este fazer, na perspectiva de sentirem-se mais seguros para o momento da alta hospitalar. Nesse contexto, percebe-se o quão importante é desenvolver ações educativas com esses familiares cuidadores para que se sintam capazes de dar continuidade aos cuidados destas crianças no domicílio. Partindo disso, está sendo desenvolvido na unidade um programa de educação em saúde com familiares cuidadores de CRIANES com a possibilidade de contribuir para autonomia dos familiares cuidadores para o cuidado no domicílio às crianças com necessidades especiais de saúde. Este programa tem como propósito fazer um diagnóstico, para uma ação dialógica de educação em saúde, visando preparar os familiares cuidadores para o cuidado no domicílio. O programa baseia-se nas etapas do processo de enfermagem adaptado, incluindo: avaliação das necessidades, planejamento da ação educativa, desenvolvimento desta ação, avaliação e possível reintervenção. O enfermeiro, ao realizar atividades educativas com a família da criança hospitalizada, precisa oportunizar que esta possa refletir sobre sua realidade e juntos encontrarem alternativas para aperfeiçoar o cuidado à criança. O profissional precisa acreditar nas potencialidades dos familiares e permitir-lhes encontrar opções para solucionar seus problemas auxiliando-os sempre e permitindo que participem ativamente do cuidado não sendo somente meros espectadores. A educação em

saúde deve sempre priorizar o bem-estar desta criança e para isto a enfermeira deve realizar as orientações de maneira clara e simples ao cuidador, contribuindo para a melhora das condições de saúde, bem como sua manutenção. E, se tratando de CRIANES, observa-se que elas estão cada vez mais presentes no cenário hospitalar. Elas necessitam de cuidados integrais por parte de seus familiares no retorno ao domicílio, logo, estes precisam estar preparados para lidar com essa nova realidade até então considerada desconhecida.[13] No cenário hospitalar a educação em saúde deve ser assumida como uma estratégia na qual o enfermeiro tem o compromisso de educar para a saúde no seu dia a dia. A educação em saúde com os familiares cuidadores de CRIANES é considerada uma estratégia na promoção da saúde e qualidade de vida para que estes familiares possam ser sujeitos de sua própria história.

## CONCLUSÃO

As CRIANES que sofreram asfixia perinatal possuem diversas demandas de cuidado e estão presentes cada vez mais no dia a dia da equipe de enfermagem. A mudança no perfil das crianças atendidas na unidade de internação pediátrica requer da equipe de enfermagem a busca por constantes conhecimentos a fim cada vez mais qualificar o atendimento prestado. A equipe necessita encontrar estratégias para que possam atender todas as necessidades da criança e sua família, conciliando com o seu cotidiano trabalho. Deve-se estimular, orientar e capacitar a equipe para a execução das ações sistematizadas, para que assim todos colaborem no planejamento dos cuidados de forma organizada, devido a complexidade e relevância da problemática em questão. A teoria e a prática precisam estar interligadas para que os cuidados de enfermagem com essas crianças especiais transcorram de modo coerente, desenvolvendo uma enfermagem humanística, baseada na experiência, participação e visão que cada profissional possui no seu ambiente de trabalho. O enfermeiro, em especial, possui papel de educador, estando preparado para realizar a educação em saúde, ensinando, orientando e compartilhando saberes com os familiares cuidadores destas crianças, inserindo-os sempre nos cuidados realizados no hospital, com o intuito de reduzir as reinternações e promover uma melhor qualidade de vida.

**Área Temática:** Processos de Cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Cruz ACS, Ceccon MEJ. Prevalência da asfixia perinatal e a encefalopatia hipóxico-isquêmica em recém-nascidos de termo considerando dois critérios diagnósticos. Rev Bras Crescimento desenvolvimento humano. 2010; 20(02):302-16.

2. Takazono PS, Golin MO. Asfixia perinatal: repercussões neurológicas e detecção precoce. Rev Neurocienc. [internet]. 2013 [acesso 2013 jul 16]; 21(1):108-117.

3. Morató HT. Asfixia neonatal. Rev Soc Bol Ped. La Paz. [internet]. 2007 jun [Acesso 2013 ago 10]; 46(2): 145-50. Disponível em: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v46n2/v46n2a12.pdf>

4. Neves ET, Cabral IE. Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica. Rev Eletr Enferm. [internet]. 2009 [Acesso 2013 jul 16]; 11(3):527- 38. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/vl iIn 3a09.htm>

5. Ferraz F, Silva LWS, Silva LAA, Reibnitz KS, Backes VMS. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar cuidar em Saúde. Rev Bras Enferm. [internet] Brasília, 2005 [acesso em 2013 Jul 16]; 58(5):607-10. Disponível em: <http://www.Scielo.br/ agi-bin/Wxis.exe/iah>

6. McPherson MG, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newachek PW, et al. A new definition of children with special health care needs. Pediatrics. 1998 Jul; 102(1);137-41.

7. Moraes JRMM, Cabral IE. The social network of children with special healthcare needs in the (in)visibility of nursing care. Rev Latino-am de enferm, [internet] Ribeirão Preto. 2012 Mar/Abr [acesso em 2013 Jul 30]; 20(2):282-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/10.pdf>

8. Silva JB, Kirschbaum DIR, Oliveira I. Significado atribuído pelo enfermeiro ao cuidado prestado à criança doente crônica hospitalizada acompanhada de familiar. Rev Gaúcha Enferm [internet]. 2007 Set [acesso em 2013 Jul 20]; 28(2):250-9. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3176/1749>

9. Pacheco STA, Rodrigues BMRD, Dionísio MCR, Machado ACC, Katia Aparecida Andrade Coutinho AA, Gomes APR. Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro. [internet]. 2013 jan/mar; [acesso em 2013 ago 2].;21(1):106-12. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a18.pdf>

10. Crossetti, MGO (coord). Apostila Curso Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. Santa Maria: Projeto Integrado de pesquisa – NECE; 2005.

11. Rolim KMC; Pagliuca LMF; Cardoso MVLML. Análise da Teoria Humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. Rev Latino-am Enferm. [internet]. 2005 [acesso 2013 jul 16]; 13(3):432-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a19.pdf>

12. Cabral IE. Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery; 1999. 298p.

13. Góes FGB, La Cava AM. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2009 Out/Dez [Acesso em 03 Jul 2013];11(4):942-51.Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a20.htm

# CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

# CHARACTERIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS IN THE MUNICIPALITY OF SANTA MARIA / RS

# CARACTERIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE SANTA MARÍA/RS

NASCIMENTO, Letícia1
PAULA, Cristiane Cardoso2
MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza3
SILVA, Clarissa Bohrer4
PADOIN, Stela Maris de Mello5

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Estudante do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) UFSM. E-mail: let.nasci@yahoo.com.br
2 Enfermeira. Doutora. Profa Ajunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade.
3 Enfermeira. Doutora. Profa Ajunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM.
4 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Estudante do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) UFSM.
5 Enfermeira. Doutora. Profa Ajunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade.

## RESUMO

**Introdução:** As crianças e os adolescentes com o HIV/AIDS exigem demandas de acompanhamento em saúde além do habitual, devido às especificidades de sua condição sorológica que ocorrem majoritariamente em serviços de referência. Recomenda-se que esses contem com os serviços de Atenção Primária de Saúde pela importância da integração entre estruturas especializadas e mecanismos de assistência descentralizada. **Objetivo:** Caracterizar os profissionais da APS do município de Santa Maria, RS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, com os profissionais da APS de Santa Maria. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a julho de 2013. Para a análise foi utilizada a estatística descritiva sendo expressa em frequência

absoluta e relativa. **Resultados:** A população totalizou em 118 profissionais de saúde atuantes na APS do município de Santa Maria/RS. Esses profissionais possuíam idade variada de 27 a 76 anos, majoritariamente do sexo feminino, com até 36 anos de formados, inseridos na APS do município de Santa Maria/RS. A maioria com vínculos empregatícios consolidados por meio de concurso público, o que favorece o vínculo com os usuários do sistema de saúde. As especializações na área afim com a APS aparecem com destaque neste estudo, devido à falta de preparo dos profissionais. **Principais conclusões:** Este estudo revelou importantes fragilidades na atenção básica, os quais podem dificultar a implantação do SUS. Salienta-se a necessidade de investimento na educação continuada dos profissionais atuantes na APS no que se refere à saúde pública e a política nacional de DST/AIDS.

**Descritores**: Atenção Primária à Saúde; HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Enfermagem.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Children and adolescents with HIV / AIDS demands require monitoring health beyond the usual, due to the specificities of their serological condition occurring mostly in reference services. It is recommended that these services are provided with the Primary Health Care for the importance of integration between specialized structures and mechanisms for decentralized assistance. **Objective:** To characterize the PHC practitioners in the city of Santa Maria, RS. **Methodology:** This is a descriptive study, with a quantitative approach, with professionals APS Santa Maria. Data collection occurred from February to July 2013. Was used for the analysis Descriptive statistics are expressed in absolute and relative frequency. **Results:** The population amounted to 118 health care professionals in the APS in the municipality of Santa Maria / RS. These professionals possess varied age 27-76 years old, mostly female, with up to 36 years of formed, embedded in the APS Santa Maria / RS. Most employment contracts with consolidated through public tender, which favors the bond with the users of the health system. Specializations in related area with APS featured prominently in this study due to lack of staff training. **Key findings:** This study revealed important weaknesses in primary care, which can hinder the implementation of the SUS. Stresses the need for investment in continuing education of professionals working in the APS with regard to public health and national policy STD / AIDS.

**Descriptors**: Primary Health Care; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Nursing.

**RESUMÉN**

**Introducción:** Los niños y adolescentes con demandas contra el VIH / SIDA requieren de vigilancia de la salud más allá de la habitual, debido a las características específicas de su

condición serológica que ocurre principalmente en los servicios de referencia. Se recomienda que estos servicios se prestan con la Atención Primaria de Salud de la importancia de la integración entre las estructuras y mecanismos especializados para la asistencia descentralizada. **Objetivo:** Caracterizar los profesionales de Atención Primaria en la ciudad de Santa Maria, RS. **Metodología:** Es un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, con los profesionales de APS Santa Maria. La recolección de datos tuvo lugar entre febrero y julio de 2013. Se utilizó para el análisis de estadística descriptiva se expresan en frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** La población asciende a 118 profesionales de la salud en la APS en el municipio de Santa Maria / RS. Estos profesionales poseen variadas edades 27 a 76 años de edad, en su mayoría mujeres, con hasta 36 años de formado, integrado en la APS Santa Maria / RS. La mayoría de los contratos de trabajo con consolidada a través de licitación pública, lo que favorece el vínculo con los usuarios del sistema de salud. Especialización en áreas relacionadas con la APS ocuparon un lugar destacado en este estudio debido a la falta de capacitación del personal. **Principales conclusiones:** El estudio reveló importantes deficiencias en la atención primaria, que pueden dificultar la implementación del SUS. Hace hincapié en la necesidad de invertir en la formación continua de los profesionales que trabajan en la APS en materia de salud pública y de la política nacional de ETS / SIDA.

**Descriptores**: Atención Primaria de Salud; VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

As crianças e os adolescentes com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) exigem demandas de acompanhamento em saúde além do habitual, devido às especificidades de sua condição sorológica.[1] Essas especificidades caracterizam uma necessidade especial de saúde, resultado de uma doença crônica e até então sem cura. Neste sentido, a criança e o adolescente com HIV/AIDS precisam manter acompanhamento permanente em serviços de saúde, visando à prevenção do adoecimento somada a recuperação e/ou manutenção da saúde. Esse cotidiano assistencial acontece, majoritariamente, em serviço de referência para o atendimento de pessoas com HIV/AIDS, justificado pela organização do serviço e pela experiência dos profissionais.[2]

Recomenda-se que esses serviços de referência contem com os serviços de Atenção Primária de Saúde (APS) pela importância da integração entre estruturas especializadas e mecanismos de assistência descentralizada.[3] No entanto, a falta de acesso aos serviços de APS resulta na busca da resolução dos problemas de saúde de baixa e média complexidade nos hospitais, principalmente, nos serviços de emergência. Isso gera um viés do sistema, atribuindo ao serviço de referência à porta de entrada do mesmo.[4]

A APS é definida como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade e integralidade da atenção e a coordenação da assistência dentro do próprio sistema de saúde, da atenção centrada na família, da orientação comunitária das ações e da competência cultural dos profissionais.[5] Com base nestes atributos, é possível determinar se os sistemas de saúde são ou não orientados à APS, ou seja, a presença e extensão desses atributos promovem melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, menores custos e maior eqüidade.[6] Sendo que a avaliação minuciosa desses atributos é essencial para a definição de políticas públicas e privadas relacionadas à prática de APS.[7]

Diante do exposto, é essencial avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS às crianças e aos adolescentes com HIV/AIDS, segundo o instrumento PCATool-Brasil. Este questionário avalia o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da APS. Assim, a mensuração da presença e a extensão destes atributos são fundamentais para definir um serviço como orientado para a APS e a associação entre estes atributos e os resultados permite verificar a qualidade da atenção sobre a saúde dessas populações.[5]

Nesta perspectiva, denota-se a importância de caracterizar os profissionais atuantes na APS do município de Santa Maria, sendo parte integrante da pesquisa de avaliação da qualidade da APS. O presente estudo tem por objetivo caracterizar os profissionais da APS do município de Santa Maria, RS.

**METODOLOGIA**

O presente estudo integra um projeto de pesquisa matricial intitulado “Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS” vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Este estudo apresenta um recorte dos dados e apresentará a caracterização dos profissionais da APS de Santa Maria.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido com os profissionais da APS do município de Santa Maria. Ressalta-se que em Santa Maria, a rede pública de APS é constituída por diferentes tipos de serviços: Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), todas sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SM). Totalizam 25 unidades de APS, destas 18 UBS (13 urbanas e 5 distritais), 13 ESF, com 16 equipes, com aproximadamente 122 profissionais de saúde.

O estudo utilizou a população de profissionais atuantes na APS, considerando os critérios de inclusão e exclusão. Critérios de inclusão: profissional médico, enfermeiro e odontólogo que atue na APS do município de Santa Maria/RS. Critérios de exclusão: profissionais que estavam em período de férias, atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a julho de 2013. Os profissionais foram acessados nos serviços de saúde que atuam, durante o seu turno de trabalho, sendo solicitado um espaço para o desenvolvimento da entrevista a fim de garantir a privacidade.
O instrumento utilizado foi dividido em duas partes: Parte 1 – Questionário de caracterização da população de estudo, que integra os dados demográficos, econômicos, sociais e clínicos. Parte 2 – "Primary Care Assessment Tool (PCATool)" validado no Brasil como Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) versão Criança e versão Profissionais.
Para a inserção dos dados foi utilizado o programa Epi-info®, versão 7.0, com dupla digitação independente, para garantir a exatidão dos dados. Após a verificação de erros e inconsistências a análise dos dados foi realizada no programa *Predictive Analytics SoftWare (PASW)* versão 18.0 *for Windows*. Para a análise foi utilizada a estatística descritiva sendo expressa em frequência absoluta e relativa.
O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob a CAAE: 12223312.3.0000.5346. Este estudo respeitou os preceitos éticos dispostos na Resolução n. 196/96 e todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**RESULTADOS**

A população deste estudo totalizou em 118 profissionais de saúde atuantes na APS do município de Santa Maria/RS. Ocorreram quatro perdas de profissionais que recusaram participar do estudo, para estes foram realizadas três tentativas para o desenvolvimento da entrevista.
Os resultados apontaram que do total de entrevistados, 86 (72,9%) atuam nas UBSs, 29 (24,6%) pertencem as ESFs e 3 (2,5%) a EACS. Estes dados evidenciam que em Santa Maria/RS a implantação dos ESFs está em fase inicial, ainda distante da sua consolidação. A fase de transição inicial é quando a cobertura de ESF está entre 10 a 25% e o momento de consolidação quando a cobertura é superior a 70%.8 Atualmente, a ESF tem se configurado como uma política impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde e da APS, pela aproximação dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade.[9]
Os profissionais atuantes na APS do município possuem idade entre 27 a 76 anos, com média de 47 anos sendo que, 53 (45,3%) possuem idade menor e igual a 47 anos, 64 (54,7%) possuem idade maior que 47 anos e 1 (0,8%) não respondeu à essa pergunta. Destes profissionais, 43 (36,4) são do sexo masculino e 75 (63,6%) do sexo feminino. Em consonância com outro estudo o qual demonstra que a equipe é predominantemente feminina (87,5%), estando relacionado ao quantitativo da equipe de enfermagem.[10]
Quanto ao tempo de atuação profissional no serviço de saúde ao qual pertencem 12 (10,3%) referiram estar atuando a menos de 1 ano no serviço, 38 (32,2%) atuam de 1 ano até 5 anos, 15 (12,7%) estão atuando de 6 até 10 anos no mesmo serviço, 52 (44%) acima de 11 anos

na mesma instituição e 1 (0.8%) não respondeu. Este resultado pressupõe que a maioria dos profissionais apresenta vínculo com a comunidade pelo fato de atuarem na mesma instituição por mais de cinco anos.[11]

Em relação ao vínculo com o serviço de APS 5 (4,2%) dos profissionais são celetistas, 106 (89,8%) são estatutários e 6 (5,1%) dos profissionais são terceirizados e 1 (0,8%) não respondeu. Majoritariamente os profissionais são estatutários, igualmente favorecendo a vinculação com os usuários e consequentemente reduzindo a rotatividade de recursos humanos que desfavorece o cuidado integral.[12] Essa aproximação com os usuários e famílias, resulta em confiança no profissional, favorecendo a resolução e o encaminhamento dos problemas de saúde, envolvendo os aspectos biopsicossociais, com ações elaboradas de forma pontual e resolutiva reduzindo a necessidade de utilização de serviços de maior complexidade.

Quanto à situação conjugal, 81 (68,6%) convivem com esposo/companheiro, 23 (19,5%) são solteiros e 14 (11,9%) separado/divorciado ou viúvo. Em relação à formação, 34 (28,8%) clínicos-geral, 15 (12,7%) ginecologistas, 11 (9,3%) pediatras, 34 (28,8%) enfermeiros, 24 (20,3%) odontólogos. O tempo de formação dos profissionais variou de 1 até 36 anos de formados. Nesta análise a distribuição não se apresentou simetricamente, portanto optou-se pela mediana que apareceu com resultado de 24 anos de formados, sendo que, 59 (50%) dos profissionais são formados a menos de 24 anos e 58 (49%) são formados a mais de 24 anos e 1 (0.8%) não respondeu.

Destes profissionais, 18 (15,3%) não possuem pós-graduação e 51 (43,2%) possuem especialização. Quando questionados quanto ao tempo que realizaram a última pós-graduação, as respostas variaram em tempo inferior a 1 ano até 36 anos, neste item igualmente foi utilizada a mediana de 9 anos de conclusão da última pós-graduação pela distribuição não se apresentar simetricamente, sendo que 50 (42,4%) realizaram a pós-graduação a menos de 9 anos e 68 (57,6%) realizaram a mais de 9 anos.

Nesse sentido, evidencia-se a falta de atualização dos profissionais, a persistência do modelo biomédico e a lacuna que se observa sobre a adesão aos atributos da APS o que torna imprescindível a discussão sobre a formação de recursos humanos para o SUS. Dessa forma, busca-se encontrar as melhores alternativas para garantir que as práticas profissionais atendam os desafios necessários para a implementação de uma APS de qualidade.[13]

Corrobora com a ideia a pesquisa realizada com enfermeiros que se mostraram insatisfeitos em relação à qualidade e o comprometimento da gestão do SUS por esta ter enfoque ao atendimento curativo ou em ações que não alcançam resolubilidade[17] Nesse sentido, mudanças ainda precisam ocorrer para que o SUS seja um sistema de saúde completo como está garantido na Constituição e nas Lei Orgânica da Saúde, refletindo desta forma uma melhor qualidade de atenção à saúde dos usuários[17].

O grau máximo de titulação encontrada entre os profissionais foi a de mestre, 8 (6,8%) do total de entrevistados possuem mestrado em diferentes áreas, destes 1 (0,8%) mestrado em

endodontia, 2 (1,7%) em geomática, 4 (3,4%) mestrado acadêmico em enfermagem e 1 (0,8%) mestrado em engenharia de produção.

Quanto à pós-graduação, 41 (34,7%) dos profissionais possuem residência, 4 (3,4%) em saúde coletiva, 1 (0,8%) em medicina da família, 2 (1,7%) em cirurgia geral, 1 (0,8%) em urologia,4 (3,4%) em clínica médica, 17 (14,4%) em ginecologia, 10 (8,5%) em pediatria, 1 (0,8%) em gastroenterologia e 1 (0,8%) em psiquiatria.

Em relação à especialização 1 (0,8%) possui especialização em administração do serviço de saúde, 4 (3,4%) em saúde do trabalhador/medicina do trabalho, 3 (2,5%) em ortodontia, 1 (0,8%) endodontia, 1 (0,8%) enfermagem médica-cirúrgico, 1 (0,8%) em ultrassom, 1 (0,8%) em terapia intensiva, 1 (0,8%) em homeopatia, 2 (1,7%) educação em enfermagem, 1 (0,8%) em odontopediatria, 1 (0,8%) em nutrologia, 1 (0,8%) em periodontia, 1 (0,8%) em radiologia, 1 (0,8%) em pediatria, 1 (0,8%) em saúde mental, 24 (20,3%) possuem especialização em saúde comunitária/coletiva/saúde da família, 18 (15,3%) em saúde pública.

Na residência a área afim com APS aparece reduzida com 5 (4,2%) dos profissionais com residência em saúde coletiva/medicina da família. Entretanto na especialização este número aumenta para 42 (35,6%) com especialização em saúde comunitária/coletiva/saúde da família/saúde pública, no entanto, ainda observa-se que poucos profissionais possuem formação voltada para APS.

Neste sentido, os cursos de pós-graduação dos profissionais que participaram do estudo mostram o distanciamento da formação requerida para atuar na atenção básica. A baixa formação específica para este modelo pode ser explicada porque apenas recentemente tem havido investimento público na formação para a ESF e para o SUS.[14] Reforça-se a relevância do profissional qualificado na área de saúde pública para a consolidação do novo modelo de assistência. O modelo de ESF exige uma formação no âmbito de pós-graduação para o exercício competente das práticas usuais dessa área.[13] Em um estudo realizado com enfermeiros, os mesmos reconhecem que o sistema está consolidado, porém enfrenta muitos desafios no processo de construção, como a qualificação da gestão, dos profissionais e do controle social.[17]

Os cursos de formação complementar que os entrevistados referiram participar são: 30 (20,4%) capacitação em HIV/AIDS/DST, 8 (6,8%) congressos como formação complementar, 3 (2,5%) capacitação em imunizações, 5 (4,2%) em ortopediatria/ortodontia/estética bucal/odontopediatria, 15 (12,7%) cursos que a secretaria municipal de saúde promove, sobre vigilância epidemiológica e introdutório do ESF, 5 (4,2%) cursos na área de saúde pública, 9 (7,6%) cursos em atenção básica, saúde da família e APS, 1 (0,8%) em urgência e emergências, 2 (1,7%) em feridas/curativos/aprimoramento de técnicas/ sondagem vesical, 1 (0,8%) capacitação de psicologia para enfermeiros, 1 (0,8%) em anestesiologia, 2 (1,7%) em clínica geral/IRAS/diabetes melittus/farmacologia, 3 (2,5%) em gestão de qualidade total/ gestão/ Administração hospitalar/auditoria em saúde, 3 (2,5%) em saúde do trabalhador/grupo de

trabalho/medicina do trabalho, 2 (1,7%) em pediatria/avaliação pediátrica/neonatologia, 7 (5,9%) capacitação em saúde da mulher/cirurgia especial(ginecologia)/patologia cervical/ ultrassonografia/ infertilidade/ mastologia e 1 (0,8%) não respondeu. A qualificação do profissional de saúde é um dos caminhos e desafios a enfrentar para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde. Nesse sentido, torna-se essencial definir um modelo de política de formação/capacitação e educação em saúde para os recursos humanos ao lado de um modelo de gestão.[15]

Evidencia-se que os profissionais estão se aproximando da Política Nacional do HIV/AIDS, garantindo um atendimento respeitável às pessoas com HIV/AIDS, a qual abrange os vários níveis de atenção em saúde além dos centros especializados. Dessa forma, garante-se a continuidade da assistência e oportuniza-se a capacitação dos profissionais.16 Neste contexto, a formação dos profissionais da saúde compõe o conjunto das atividades que precisam ser continuamente revistas, minimizando situações em que o profissional não tenha perfil para o trabalho coletivo, integrado, interdisciplinar, entre outros, necessário para o SUS que queremos construir.[18]

Quanto ao turno de trabalho, 40 (33,9%) trabalham no turno da manhã, 17 (14,4%) no turno da tarde, 61 (51,7%) em turno misto.

Quanto ao cargo no serviço 27 (22,9%) possuem algum cargo de chefia no serviço em que atuam e 91 (77,1%) não possuem. Destes, 16 (13,6%) atuam como responsável técnico do serviço, 7 (5,9%) como coordenador do serviço e 3 (2,5%) são responsáveis pelos Agentes Comunitários de Saúde. Sobre a dinâmica de trabalho dos pesquisados, 51 (43,2%) não estavam vinculados com outro serviço e 67 (56,8%) possuem vínculo com outro serviço de saúde público ou privado. Evidencia-se que a maioria não trabalha com exclusividade na APS, o que pode condizer com as condições de trabalho, os baixos salários e a falta de reconhecimento pelos usuários e chefias.

**PRINCIPAIS CONCLUSÕES**

Os dados encontrados neste estudo revelam uma população de profissionais com idade variada de 27 a 76 anos, majoritariamente do sexo feminino, com até 36 anos de formados, inseridos na APS do município de Santa Maria/RS.

A maioria dos profissionais que atuam nas unidades de APS do município possui vínculos empregatícios consolidados por meio de concurso público, o que favorece o vínculo com os usuários do sistema de saúde. As especializações na área afim com a APS, profissionais especialistas em saúde pública/saúde coletiva/ saúde da família aparecem com destaque neste estudo, porém a diversidade de especializações em outras áreas mostram o distanciamento da formação requerida para atuar na atenção básica. Enfatiza-se que o profissional qualificado na área de saúde pública contribui para a construção e consolidação do modelo de assistência do SUS.

Os resultados desta pesquisa revelaram importantes fragilidades na atenção básica de ordem estrutural, política e cultural, os quais podem dificultar a implantação do SUS,

impactando negativamente nas ações desenvolvidas nas APS pelos profissionais de saúde. Neste sentido, faz-se necessário que os profissionais repensem suas práticas no sentido de atualização profissional para que atuem em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Evidencia-se a necessidade de investimento na educação continuada dos profissionais atuantes na APS, visto que a formação e a qualificação dos profissionais da saúde devem ser orientadas pelas necessidades da população. Essa necessidade provém tanto para as ações de saúde pública em si como para a capacitação para a Política Nacional de DST/AIDS. Devido a esta ser uma temática atual e que demanda dos profissionais conhecimentos e ações que restrinjam o estigma e estimulem a proteção e a assistência às pessoas com HIV/AIDS.

Destaca-se a necessidade de ampliação da cobertura de ESF no município, visto que este modelo exige do profissional uma dedicação em tempo integral, possibilitando a melhoria no acesso de primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. Corroborando o contato preferencial do usuário em primeira instancia com a APS e consequentemente aperfeiçoando a promoção da saúde e prevenção de doenças na APS de Santa Maria.

Salienta-se que neste estudo buscou-se valorizar o contexto dos profissionais da APS. É preciso destacar também que a temática abordada é de caráter universal e a literatura ainda registra importantes lacunas do conhecimento na área. Assim, os resultados alcançados neste estudo devem contribuir para novas indagações e realizações de outras pesquisas, na construção de um modelo de APS efetivo.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de cuidado

**REFERÊNCIAS**

1. Padoin SMM, Paula CC. Programa aids, educação e cidadania: perspectivas para a segunda década de extensão. Saúde (Santa Maria). 2012;38(1):51-62.

2. Sherlock MSM, Cardoso MVLML, Lopes MMCO, Lélis ALPA, Oliveira NR. Imunização em criança exposta ou infectada pelo HIV em um serviço de imunobiológicos especiais. Esc Anna Nery Rev Enferm, Rio de Janeiro, 2011;15(3):573-80.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. QUALIAIDS - Avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 100 p.

4. Shimizu HR, Pamela X, Sanchez MN. Representações sociais do SUS: um sistema permeado pela dificuldade de acesso à atenção integral. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, Brasília, 2012;6(3):295-306.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool–Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.80 p.

6. Macinko J, Almeida C, Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health Policy Plan. 2007;22(3):167-77.

7. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Serv Res. 2006;6(156):1-7.

8. Mendes EV. A atenção primária á saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

9. Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge, ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2010 dez; 26(12):2316-22.

10. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. Cienc Cuid Saude 2008 Jan/Mar; 7(1):045-52.

11. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel GCI, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc saúde coletiva. 2010;15(suppl.1):1521-31.

12. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. Rev esc enferm USP. 2009 jun;43(2): 358-64.

13. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. Ciênc saúde coletiva. 2011;16(11):4415-23.

14. Trindade LL, Pires DEP. As implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 36-42.

15. Cotta RMM, Schott MAZM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2006 set;15(3):7-18.

16. Palácio MB, Figueiredo MAC, Souza LB. O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência. PSICO, Porto Alegre. 2012 jul/set; 43(3):350-67.

17. Lara RF et al. Percepção dos 20 anos de implantação do SUS na ótica de enfermeiros atuantes em saúde pública**.**Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(8):5207-13, ago., 2013.

18. Souza GCA, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saude Sociedade. São Paulo July/Sept. 2010. Vol.19 no.3.

# PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE APROXIMAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO PRÉ-NATAL: REVISÃO INTEGRATIVA

# PRACTICAL ASSISTANCE OF APPROACH HUMANIZATION IN PRENATAL CARE: INTEGRATIVE REVIEW

# ENFOQUE PRÁCTICO DE ASISTENCIA EN HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL: REVISIÓN INTEGRADORA

BARRETO, Camila Nunes1
PRATES, Lisie Alende2
SCARTON, Juliane3
NEUMAIER, Camila Alves4
CASTIGLIONI, Crislen Malavolta5
SANTOS, Juniara Dias do6
WILHELM, Laís Antunes7
RESSEL, Lúcia Beatriz8

1Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. Bolsista Capes. E-mail: camilabarreto_6@msn.com
2Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
3Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
4Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. Bolsista Capes.
5Acadêmica do curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
6Acadêmica do curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
7Anfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. Bolsista Capes
8Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do PPGEnf da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**RESUMO:** A humanização do cuidado pré-natal reflete na qualificação da assistência prestada. O cuidado humanizado é uma temática alicerçada nas políticas e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, visualiza-se a importância da inserção de práticas humanizadas nos serviços de saúde. O trabalho possui como objetivo analisar as evidências disponíveis na literatura sobre quais as práticas assistenciais na atenção pré-natal de baixo risco que se aproximam das políticas e programas nacionais de humanização. Optou-se pela realização de uma revisão integrativa. A humanização no cuidado pré-natal apresenta-se num período de construção e reflexão, mesmo presente nas ações desenvolvidas na prática assistencial, ainda encontra-se de maneira obscura e superficial na práxis dos profissionais de saúde. Compreende-se que são muitos os desafios e a necessidade de estudos e aprimoramento na prática assistencial para que haja a qualificação da assistência.

**DESCRITORES:** Cuidado Pré-natal; Humanização da Assistência; Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT:** The humanization of prenatal care reflects the quality of care provided. The humanized care is a theme rooted in the policies and programs developed by the Ministry of Health this sense, we can see the importance of including humanized practices in health services. The work aims to analyze the available evidence in the literature regarding healthcare practices in prenatal care for low-risk approach to policies and programs of humanization. We opted for conducting an integrative review. Humanization in prenatal care presents a construction period of reflection and even present in the actions developed in healthcare practice, yet is so obscure and superficial in practice of health professionals. It is understood that there are many challenges and the need for studies and improvement in healthcare practice so there is the quality of care.

**DESCRIPTORS:** Prenatal Care; Humanization of Assistance; Primary Health Care**.**

**RESUMEN:** La humanización de la atención prenatal refleja la calidad de la atención prestada. El cuidado humanizado es un tema enraizado en las políticas y programas desarrollados por el Ministerio de Salud este sentido, podemos ver la importancia de incluir las prácticas humanizadas en los servicios de salud. El trabajo tiene como objetivo analizar la evidencia disponible en la literatura sobre las prácticas de salud en la atención prenatal de un enfoque de bajo riesgo a las políticas y programas de humanización. Optamos por llevar a cabo una revisión integradora. Humanización en la atención prenatal se presenta un período de construcción de la reflexión y hasta la actualidad, en las acciones desarrolladas en la práctica médica, sin embargo, es tan oscuro y superficial en la práctica de los profesionales de la salud. Se entiende que hay muchos desafíos y la necesidad de estudios y la mejora de la práctica asistencial por lo que no es la calidad de la atención

**DESCRIPTORES:**Atencíon Prenatal; Humanización de la Atención; Atención Primaria de Salud.

## INTRODUÇÃO

A singularidade da gravidez permeia a importância do olhar e cuidado holístico à mulher nesse período. A fase vivenciada é marcada por mudanças influenciadas pelo contexto histórico, cultural, econômico e social que a mesma encontra-se inserida. Nessa direção, a atenção pré-natal desafia os profissionais de saúde a compreender essas peculiaridades, proporcionando uma assistência que contemple suas reais necessidades, ou seja, numa visão humanista e integral da gestante e de seu contexto. Alicerçado nesses pilares, emerge o termo "humanização da assistência", que traça novas diretrizes no cuidado. Humanizar é um conceito polissêmico em saúde, na maioria das vezes, obscuro na viabilização da prática assistencial. Na atenção humanizada revela-se aspectos como prioridade: a provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas[1]. Com o intuito de fortalecer essas ações, o Ministério da Saúde, desde 2000, lança políticas e programas a fim de aproximar esse cenário da realidade. Destaca-se quanto a temática de humanização no pré-natal, a criação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000. Já em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) e em 2006 com a atualização do manual técnico, denominado, Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada. Ainda, em 2011, a Rede Cegonha alicerçada nos princípios da humanização propõe novas estratégias para melhorar a saúde materno-infantil. Em estudo, apontam-se fragilidades na implantação dessas políticas revelando que a abrangência esperada está muito aquém do desejado. Revelam que a humanização, ainda está longe de ser alcançada, na maioria dos municípios brasileiros. Apesar disso, concordam que essas são estratégias eficazes de cuidado, na perspectiva de melhora dos indicadores nacionais, porém para que isso aconteça na atualidade reforça-se a responsabilidade de quem produz saúde em todos os âmbitos, seja nacional, estadual ou municipal. [2] Reafirma-se a dicotomia existente entre as legislações e as ações dos profissionais de saúde, cuja a práxis está distante da realidade proposta pelos programas e políticas no que concerne a humanização do período gravídico-puerperal. Visualiza-se que o processo de humanização do cuidado pré-natal e o exercício do profissional de saúde estão intensamente associados , a fim de na prática exercer tais princípios que irão proporcionar maior qualidade na assistência, sendo seu papel fundamental para implantação do processo de humanização[3]. Além disso, os autores supracitados enfatizam algumas questões que devem ser vistas como compromissos pessoais-profissionais indispensáveis: estar sintonizado com as novas propostas e experiências de cuidados, com novas técnicas menos invasivas, prática de uma medicina

baseada em evidências com o olhar do observador atento à intersubjetividade, reconhecimento de que a gestante é agente ativo e que a gravidez não é doença. E, principalmente, adotar a ética como pressuposto básico na prática profissional. Mediante o cenário revelado, visualiza-se a essencialidade de compreender o contexto da humanização na prática assistencial. Nesse sentido, realizou-se uma síntese e análise do conhecimento produzido acerca das práticas assistenciais associando-as com as políticas e programas nacionais de humanização da assistência no cuidado pré-natal de baixo risco. O método utilizado nesse estudo é proposto na Prática Baseada em Evidências, optou-se pela realização de uma revisão integrativa a fim de aprofundar conhecimento na temática. Destaca-se que por meio dessa estratégia os profissionais de diversas áreas de atuação na saúde possuem o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam as condutas ou a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico e um fazer qualificado[4]. Com o intuito de contribuir para qualificação da assistência humanizada no cuidado pré-natal , propôs-se a presente investigação com o objetivo de analisar as evidências disponíveis na literatura sobre quais as práticas assistenciais na atenção pré-natal de baixo risco que se aproximam das políticas e programas nacionais de humanização. Além disso, identificar estratégias para minimizar entraves na humanização da assistência pré-natal.

**METODOLOGIA**

Na perspectiva de uma atenção diferenciada e com evidências válidas, é imprescindível aliar o conhecimento de pesquisas e da prática clínica. Em consonância com esse objetivo, a revisão integrativa possibilita reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema, possibilitando apontar lacunas no conhecimento e a síntese de múltiplos estudos publicados, permitindo conclusões gerais a respeito de um tema particular ou uma área de estudo, podendo contribuir diretamente na qualificação da prática assistencial[4]. Durante a elaboração desse estudo percorreu-se as seguintes etapas: estabelecimento da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; e a síntese do conhecimento[4]. Como ponto de partida, a questão de pesquisa que norteia esse estudo está embasada na seguinte ponderação: quais as práticas assistenciais na atenção pré-natal de baixo risco que se aproximam das políticas e programas nacionais de humanização? A busca bibliográfica foi desenvolvida na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e na base de dados SCOPUS (SciVerse Scopus TopCited). Inicialmente também foram verificados estudos nas bases de dados BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e na MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line), porém as bases não foram necessárias, uma vez que os estudos apresentados estavam contemplados nas duas bases de dados selecionadas e essas possuíam maior amplitude de estudos na área. Definiram-se os descritores “cuidado pré-natal” e “atenção primária à saúde” para realização da busca. Como marco temporal o ano de 2000 foi elencado devido aos primeiros alicerces utilizando o termo humanização da

assistência, no caso específico, na atenção pré-natal, sendo ele o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento proposto pelo Ministério da Saúde. O levantamento dos dados ocorreu no mês de Junho de 2013. Quanto aos critérios de inclusão foram contemplados artigos que estivessem apresentados com resumos completos nas bases de dados; disponíveis online, de forma gratuita, na íntegra, provenientes de pesquisas originais; nos idiomas inglês, espanhol ou português; publicados entre 2000 e 2012; e ressalta-se que nessa revisão utilizou-se apenas estudos nacionais, visto que a questão norteadora desse estudo relaciona a temática com as políticas e programas do Brasil quanto à humanização da assistência pré-natal. Os critérios de exclusão foram artigos que não se relacionassem a temática estudada e não respondessem à pergunta de pesquisa. Com base nos descritores definidos, a busca na base de dados LILACS procedeu da seguinte maneira: "cuidado pré-natal" and "atenção primária à saúde" [Descritor de assunto] and Brasil [ País, ano de publicação] and "2000" or "2001" or "2002" or "2003" or "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" or "2010" or "2011" or "2012" [ País, ano de publicação] and "espanhol" or "inglês" or "português" [Idioma]. Na Scopus, "prenatal care" and "primary health care" [Title-abs-key] and Brazil [affilcountry] and "> 1999 < 2013" [pubyear] and "English" or "Spanish" or "Portuguese" [language]. Foram encontrados 57 artigos, sendo 21 na LILACS e 36 na SCOPUS. Destaca-se que mesmo com a limitação de estudos na área foi possível responder a questão norteadora, uma vez que essa temática de humanização da assistência é atual e o termo "humanização" é relativamente novo nos estudos. Nesse sentido, procurou-se ampliar na busca por "cuidado pré-natal" e "atenção primária à saúde" e relacionar com conceitos e propostas das políticas e programas de humanização para verificar as práticas assistenciais relacionadas a essa temática. Desse estudos, ocorreu a seleção de 18 artigos para análise, os demais foram excluídos com bases nos seguintes critérios: na base de dados LILACS ocorreu 1 recorte de repetição; 9 recorte temático; 1 tese, totalizando 10 artigos. Já na SCOPUS , 20 foram excluídos no recorte temático; 1 por recorte de incompletude; 7 por recorte de repetição nas duas bases selecionadas, finalizando com 8. Após leitura exaustiva dos artigos, a fim de organizar a coleta e análise dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi realizado um quadro sinóptico Com a finalidade de organizar a coleta e análise dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi realizado um quadro sinóptico, nesse trabalho foi adaptado apresentando apenas a referência da pesquisa/código dos estudos. Ainda, os estudos foram classificados de acordo com os sete níveis de evidências descritos por Melnyk e Fineout-Overholt[5]. Após a análise dos dados, os resultados foram agrupados nos seguintes temas: práticas assistenciais com aproximação das políticas e programas de humanização no cuidado pré-natal; e estratégias para minimizar entraves na humanização da assistência.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Apresenta-se a seguir um panorama universal dos 18 artigos selecionados nessa revisão integrativa. Nos artigos incluídos, visualiza-se a publicação de 17 estudos no Brasil e 1 no

Chile. Dessas produções compreenderam a autoria das seguintes áreas: 8 estudos na medicina; 8 enfermagem; 1 enfermagem e odontologia e 1 das ciências sociais. Referente ao ano de publicação destacou-se a publicação de 5 estudos em 2012, 2 ao ano em 2011, 2010, 2007, 2004 e 2000, e 1 ao ano em 2008, 2006 e 2003. Quanto ao cenário de estudo, predominou com 12 estudos as unidades de saúde (Unidade básica de Saúde e Estratégia de Saúde da Família); após 3 na área hospitalar, 1 nos dois âmbitos unidade/hospital. Também foram contemplados nessa revisão 1 estudo proveniente de boletins de encaminhamento de gestante para serviço de alto risco e 1 a partir do cartão de gestantes. Os sujeitos do estudo conformou-se em 6 com gestantes; 4 puérperas; 2 gestantes e enfermeiros; e 1 estudo de cada com os seguintes indivíduos: equipe de saúde/gestante; gestantes/profissionais de saúde de diferentes áreas; e finalmente enfermeiro/médico/coordenador de unidade/gestante. A publicação em periódicos foi observada nas seguintes campos: 4 períodos da Enfermagem; 2 Saúde Pública; 1 Medicina; 2 Saúde Coletiva e 1 Interdisciplinar. Com relação aos delineamentos dos estudos, evidenciaram-se 7 estudos de pesquisas qualitativas, 10 estudos transversais/descritivo e 1 estudo não citou o método, porém percebe-se a organização descritiva do estudo. Quanto ao nível de evidência, todos os artigos são nível de evidência 6. Apresenta-se a seguir as referências dos artigos selecionados na íntegra.

**Tabela 1**: Referência/Código dos artigos selecionados na revisão

| Referência/Código |
|---|
| Duarte SJH. Motivos que levam as gestantes a fazerem o pré-natal: um estudo das representações sociais. Ciência e Enfermeria. 2012; 18(2): 75-82. (A1) |
| Cesar JA, Sutil AT, Santos GB, et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012;28(11): 2106-2114. (A2) |
| Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de ESF em um município no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(4): 789-800. (A3) |
| Rodrigues EM, Nascimento RG, Araújo A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Rev. Esc. Enferm USP. 2011; 45(5): 1041-7. (A4) |
| Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das convergências e divergências. Rev. Saúde Matern. Infant. 2010; 10(3): 359-367. (A5) |
| Araújo MAL, Vieira NFC, Silva RM. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em unidade básica de saúde da família em Fortaleza, Ceará. Ciênc. saúde coletiva .2007;13(6): 1899- 1905.(A6) |
| Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2007;7(1): 75-82. (A7) |
| Buchabqui JA, Capp Edison, Ferreira J. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto risco na rede básica de atenção a saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2006; 6(1): 23-29. (A8) |
| Costa JSD, Madaira ACC, Luz RM, et al. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. Rev. Saúde Pública. 2000; 34(4): 329-36. (A9) |
| Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Rev. Min. Enferm. 2012; 16(3): 315-323. (A10) |
| Peixoto CR, Lima TM, Costa CC, et al. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza. Rev. Min. Enferm. 2012; 16(2):171-177. (A11) |
| Mandoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, et al. Diferenças no processo de atenção pré-natal entre unidades da Estratégia de Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011;27(4): 787-796. (A12) |
| Caldeira AP, Santana KR, Carneiro JA, et al. Qualidade da assistência a gestante em diferentes modelos de atenção primária. Rev. APS. 2010; 13(2): 196-201. (A13) |
| Figueiredo PP, Rossoni E. O acesso a assistência pré-natal na atenção básica a saúde sob a ótica das gestantes. Rev. Gaúcha Enferm. 2008; 29(2): 238-45. (A14) |
| Silveira DS, Santos IS. Fatores associados a cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2): 231-241.(A15) |
| Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS. Atenção pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: Um estudo comparativo. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2): 535-545. (A16) |
| Moura ERF; Rodrigues MSP. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. Interface. 2003;7(13): 109-118.(A17) |
| Santos IS, Barros RC, Minotto I, Rhumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em pelotas Rev. Saúde Pública. 2000; 34(6): 603-609. (A18) |

Com o objetivo de responder a questão norteadora dessa revisão destaca-se as temáticas originadas desse estudo: práticas assistenciais com aproximação das políticas e programas de humanização no cuidado pré-natal: dentre as ações desenvolvidas na prática assistencial que estão associadas a aproximação com os pressupostos da humanização, foram

evidenciados: o acolhimento, estímulo a formação de vínculo e a escuta qualificada do profissional frente à gestante (A1, 3, 5, 10, 16); facilidades geográficas auxiliando na adesão e acesso da gestante (A1, 7, 9, 18); satisfação do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e valorização dos mesmos pelas usuárias ( A1, 5, 16); autonomia e protagonismo da mulher no pré-natal (A1, 5, 17); estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção, com tendência de crescimento dos indicadores de saúde e boa cobertura das ações (A2, 3, 7, 12, 13, 16, 18); avanços dos indicadores na qualificação da assistência e cobertura comparados a anos inferiores a 2000 (A2, 3, 17); utilização na prática assistencial de manuais técnicos e protocolos (A4, 7, 10, 15, 16); necessidade de olhar multidimensional à gestante ( A5, 1O); acessibilidade ao serviço, aspectos facilitadores nos processos de captação de gestantes e início do pré-natal de forma precoce (A5, 7, 9, 10, 18, 13); corresponsabilidade profissional de saúde e usuário (A5); prática baseada em estudos epidemiológicos (A9); nos campos de atuação universitária: intensificação da supervisão e qualificação dos registros (A9); efetividade dos serviços de referência e contrarreferência (A14); influência da formação profissional sob olhar multidimensional e sem intervenções desnecessárias (A15); e instalações qualificadas (A16). As práticas assistenciais de aproximação aos pressupostos da humanização no cuidado pré-natal, reforçam a importância da criação de vínculo, o acolhimento, o respeito aos valores e a cultura da mulher como aspectos indispensáveis para adesão da gestante ao pré-natal. Ainda, ressaltam-se alguns desafios como a essencialidade de desenvolver ações educativas e de promoção de saúde[6]. Em estudo reforça-se a adesão e continuidade do pré-natal pelas gestantes quando a atenção recebida dos profissionais de saúde é balizada pelo diálogo horizontal, escuta humanizada, valorização da cultura de cada indivíduo e a busca pelo protagonismo das gestantes[7]. O ministério da saúde ao enfocar o termo humanização da assistência, destaca a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, a fomentação da autonomia e protagonismo desses sujeitos; e a corresponsabilidade entre eles[1]. Quanto as ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família verifica-se que melhores resultados podem ser alcançados nesse âmbito, uma vez que a inserção das gestantes na formulação das ações soma esforços em favor de uma prática de atenção perinatal mais humana e cuidadora, devido a proximidade desse serviço com o contexto da usuária. Ao valorizar os aspectos relacionais, as gestantes consideram que a atenção deve ser voltada para uma abordagem que as perceba em sua totalidade, enfatizando a necessidade de um maior vínculo com os profissionais de saúde, reforçado nas unidades de saúde[8]. Outro fator relevante, refere-se a captação precoce das gestantes para início do pré-natal, enfatiza-se nos estudos a atuação do agente de saúde, sempre que possível, esse deve intermediar as ações de saúde entre os profissionais do posto de saúde e a comunidade, com o intuito de promover vínculos e facilitar as relações interpessoais entre a comunidade e o serviço de saúde. O quanto antes a gestante for inserida no programa, maior serão as garantias de qualidades nas ações de saúde oferecidas[9]. Ainda, os autores supracitados revelam que a tríade acesso, acolhimento e humanização é de vital

importância para a qualidade de assistência prestada à mulher, não só no período gestacional como em toda a sua vida. Além disso, proporciona o estabelecimento de estratégias com vistas a aprimorar as ações de saúde na atenção básica, para fazer valer os princípios do SUS. Destaca-se que o pré-natal supera procedimentos pontuais, necessitando aliar a teoria e adaptar as condições de vida de cada gestante dentro de suas limitações e procurar desenvolver uma assistência eficaz a essas mulheres, sendo a partir dessa visão um caminho para aproximação de uma assistência humanizada. Também, alguns desses estudos possibilitaram elencar estratégias para minimizar entraves na humanização da assistência, na qual foram contemplados os seguintes aspectos: espaços que oportunizem a qualificação profissional/educação continuada (A1, 3, 4, 8, 12, 13, 14, 15, 18); fortalecer a Estratégia de Saúde da Família, visto que há indicadores de boa cobertura e importância desse modelo para mudança de paradigma (A2, 4, 5, 7); estimular o uso de protocolos (A3, 4, 11, 18); qualificar processo de trabalho por meio de ações que valorizem o profissional de saúde (A7); necessidade de comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (A8); maior mobilização e participação da comunidade (A9); reforçar prioridade de ações educativas (A10); focar em estudos que possibilitem o conhecimento do perfil dos usuários dos serviços de saúde (A11); e controle e vigilância dos registros, além da avaliação e monitoramento dos serviços pelos profissionais (A3). Frente a esse cenário reforça-se a necessidade do desenvolvimento de esforço coletivo reivindicatório entre gestores, profissionais de saúde e comunidade para implantação de políticas públicas de saúde que sustentem seus programas, e que o atendimento à mulher ocorra de forma integral e humanizada, indo ao encontro dos princípios do SUS e, busquem a horizontalidade, aproximando-se das realidades do contexto para implantação de programas como o PHPN[3]. Embora, seja possível elencar vários fatores de aproximação com a humanização da assistência pré-natal, a realidade apresentada nos estudos, se sobressaem favorecendo um distanciamento da humanização da assistência pré-natal preconizada pelas políticas e programas. Mesmo alguns estudos revelando indicadores que influenciam como fatores de adesão aos pressupostos da humanização esses encontram-se obscuros na prática assistencial. Concorda-se com os autores ao afirmar que não há um modelo padrão de avaliação que investigue aspectos de qualidade e fatores associados à baixa adesão dos profissionais e gestantes aos procedimentos recomendados pelo programas e políticas nacionais de humanização da assistência . Portanto, estudos locais devem ser estimulados, pois poderão contribuir para direcionar a formulação de estratégias que melhorem a qualidade e humanização do pré-natal, traduzindo-se em uma potente ferramenta para a gestão municipal avaliar a assistência pré-natal ofertada à população e o modelo a investir na reorganização da atenção primária à saúde[10].

## CONCLUSÃO

A humanização da assistência no cuidado pré-natal apresenta-se num período de construção e num processo reflexivo frente às ações desenvolvidas na prática assistencial. Os primeiros

alicerces que são destacados nos estudos, com os aspectos de aproximação desses pressupostos, ainda encontram-se obscuros e superficiais na práxis dos profissionais conforme apresentado nos estudos. É fundamental na construção do processo de humanização organização de diferentes aspectos, desde a distribuição de recursos, capacitação e atualização dos profissionais, horizontalidade da assistência, interação entre os profissionais de saúde e principalmente a compreensão do contexto dessas gestantes. Desafios são esses lançados nas políticas e programas de saúde que necessitam serem melhores discutidos para sua real implantação. Ao almejarmos um processo de humanização, é necessário visualizar as diferentes esferas envolvidas na composição dessa trajetória e como essas estão interligadas, visto que o cuidado humanizado não se concretiza de forma isolada. Compreende-se que são muitos os desafios e a necessidade de estudos e aprimoramento na prática assistencial para que haja a qualificação da assistência, logo que humanizar está intimamente ligado com qualificar. Além disso, questiona-se a inserção das políticas e programas do Ministério da Saúde na prática assistencial e o quanto está sendo acessado e qualificado ao encontro dos profissionais de saúde essas propostas. Esse cenário, exige mudanças significativas frente ao paradigma biomédico que predomina, resultando num atenção inadequada e fragilizando mais uma vez a humanização que se preconiza. Com base nessas considerações, verifica-se a potencialidade de estudos que enfoquem as políticas e programas de humanização na assistência pré-natal relacionado com a prática assistencial desses profissionais de saúde, na busca de respostas para que possibilitem investir em estratégias para aproximação e/ou minimização/exclusão dos fatores promotores do distanciamento no cuidado humanizado.

**Área temática:** Processos de Cuidados

**REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde (Brasil) . Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

2. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do programa de humanização do pré-natal e nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública. 2011;27(6): 1053-1064.

3. Martins LA, Silva LWS; Santos NA, Nunes ECD, Aguiar ACSA. Opinião dos profissionais da saúde sobre a humanização no parto e nascimento e sua operacionalização. Rev. Enferm UFPE. 2011; 5(9): 2189-96.

4. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm. 2008;17(4):758-64.

5. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.

6. Landerdahl MC, Ressel LB, Cabral FB, Gonçalves MO, Martins FB. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. Rev. Esc. Enferm. Anna Nery. 2007;11(1): 105 -11.

7. Barreto CN, Ressel LB, Santos CC, Wilhelm LA, Silva SC, Alves CN. Atenção pré-natal na voz das gestantes. Rev. Enferm UFPE. 2013;7(5):4354-63.

8 . Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Batista RS, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14(1):1347-1357.

9. Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CU. Percepção de puerpéras sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. Texto & contexto enferm. 2011; 20 (Esp): 255-62.

10. Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2013;(1): 29-37.

# PRÁTICAS ASSISTENCIAIS PROMOTORAS DE DISTANCIAMENTO DA HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO PRÉ-NATAL: REVISÃO INTEGRATIVA

# PRACTICAL ASSISTANCE OF PROMOTING DISTANCE HUMANIZATION NO PRENATAL CARE: INTEGRATIVE REVIEW

# ENFOQUE PRÁCTICO DE ASISTENCIA DE DISTANCIA EN HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL: REVISIÓN INTEGRADORA

BARRETO, Camila Nunes1
PRATES, Lisie Alende2
SCARTON, Juliane3
NEUMAIER, Camila Alves4
CREMONESE, Luiza 5
POMPEU, Kelen da Costa6
WILHELM, Laís Antunes7
RESSEL, Lúcia Beatriz8

1Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. Bolsista Capes. E-mail: camilabarreto_6@msn.com
2 Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
3 Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
4 Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. Bolsista Capes.
5 Acadêmica do curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
6 Acadêmica do curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
7 Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. Bolsista Capes
8 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do PPGEnf da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**RESUMO:** A atenção humanizada no cuidado pré-natal está diretamente associada a qualificação da assistência. Nesse contexto, visualiza-se a essencialidade de compreender como a humanização está inserida na prática assistencial a afim identificar as entraves nesse processo. O trabalho possui como objetivo analisar as evidências disponíveis na

literatura sobre quais as práticas assistenciais na atenção pré-natal de baixo risco que se distanciam das políticas e programas nacionais de humanização. Optou-se pela realização de uma revisão integrativa. A realidade apresentada nos estudos demonstra que são de diferentes esferas os aspectos que favorecem o distanciamento da humanização no cuidado pré-natal. Torna-se indispensável a corresponsabilização de profissionais de saúde, gestores e usuários na organização dos serviços de saúde e consequentemente na busca pela humanização da assistência.

**DESCRITORES:** Cuidado Pré-natal; Humanização da Assistência; Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT:** The humanized care in prenatal care is directly related to quality of care. In this context, we can see the essentiality of understanding how the humanization is embedded in nursing practice in order to identify the obstacles in this process. The work aims to analyze the available evidence in the literature regarding healthcare practices in prenatal care for low-risk move away from the policies and programs of humanization. We opted for conducting an integrative review. The reality presented in the studies shows that the spheres are different aspects that favor the detachment of humanization in prenatal care. It is indispensable to co-responsibility of health professionals, managers and the organization of health services and hence the quest for quality care.

**DESCRIPTORS:** Prenatal Care; Humanization of Assistance; Primary Health Care.

**RESUMEN:** El cuidado humanizado en la atención prenatal está directamente relacionada con la calidad de la atención. En este contexto, podemos ver el carácter esencial de la comprensión de cómo la humanización está incrustado en la práctica de enfermería con el fin de identificar los obstáculos en este proceso. El trabajo tiene como objetivo analizar la evidencia disponible en la literatura sobre las prácticas de salud en el cuidado prenatal para el movimiento de bajo riesgo fuera de las políticas y programas de humanización. Optamos por llevar a cabo una revisión integradora. La realidad se presenta en los estudios muestra que las esferas son diferentes aspectos que favorecen el desprendimiento de la humanización en la atención prenatal. Es imprescindible la corresponsabilidad de los profesionales sanitarios, gestores y la organización de servicios de salud y por lo tanto la búsqueda de una atención de calidad.

**DESCRIPTORES:**Atencíon Prenatal; Humanización de la Atención; Atención Primaria de Salud.

**INTRODUÇÃO**

A experiência da gravidez para a mulher e sua família, demanda uma atenção especial dos profissionais de saúde. O período é marcado por mudanças, essas ocorrem com influência do contexto histórico, cultural, econômico e social da mulher. Demonstrando que os cuidados pré-natais devem superar a visão unilateral voltada apenas aos aspectos biológicos[1] . Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido[2]. Com o objetivo de implementar esses pressupostos de humanização o Ministério da Saúde por meio de políticas e programas públicos nacionais traça um histórico de transformações e renovações na assistência à mulher no período gravídico-puerperal, buscando uma atenção diferenciada e de qualidade. O surgimento do termo humanização, propõe um novo olhar sobre o cuidado prestado e indica novas diretrizes na assistência em saúde. Em específico da humanização no cuidado pré-natal as políticas e programas que se destacam são o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000. Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), além de no ano de 2006 a atualização do manual técnico, denominado, Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada. Ainda, em 2011, a Rede Cegonha alicerçada nos princípios da humanização que propõe novas estratégias para melhorar a saúde materno-infantil. Em estudo apontam-se as divergências existentes entre as legislações e as ações dos profissionais de saúde, cuja a práxis está distante da realidade proposta pelos programas e políticas no que concerne a humanização do período gravídico-puerperal. Esse cenário demonstra a fragilidade na concretização desses pressupostos na prática assistencial[3]. Concorda-se com o autor ao relacionar a adesão das mulheres ao pré-natal com o processo de humanização, que segunda o mesmo, demanda em acolhimento, qualidade no atendimento e preparo dos profissionais de saúde[4].Visualiza-se que o processo de humanização depende do exercício do profissional de saúde, de na prática exercer tais princípios que irão proporcionar maior qualidade na assistência, sendo seu papel fundamental para implantação do processo de humanização. Diante disso, é essencial compreender as barreiras existentes nesse processo a fim de buscar estratégias para alcançar a humanização da assistência pré-natal. Buscou-se nesse trabalho, realizar uma síntese e análise do conhecimento produzido acerca das práticas assistenciais associando-as com as políticas e programas nacionais de humanização da assistência no cuidado pré-natal de baixo risco. Optou-se pela utilização da metodologia aplicada na Prática Baseada em Evidências, a revisão integrativa, esse método oferece aos profissionais de diversas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam as condutas ou a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico[5]. Com a finalidade de possibilitar a contribuição para qualificação da assistência, propôs-se a presente investigação com o objetivo de analisar as evidências disponíveis na literatura sobre quais as práticas assistenciais na atenção pré-natal

de baixo risco que se distanciam das políticas e programas nacionais de humanização. Ao compreender os principais fatores promotores do distanciamento da humanização no cuidado pré-natal associado à prática assistencial, oportuniza-se emergir reflexões sobre as ações realizadas pelos profissionais de saúde, além de visualizar as fragilidades para concretização da assistência humanizada.

**METODOLOGIA**

A revisão integrativa proposta percorreu a realização minuciosa das seguintes etapas: estabelecimento da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; e a síntese do conhecimento[5]. Inicialmente, destaca-se a questão de pesquisa que norteia esse estudo embasada na seguinte ponderação: quais as práticas assistenciais na atenção pré-natal de baixo risco que se distanciam das políticas e programas nacionais de humanização? A busca dos estudos foi realizada na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e na base de dados SCOPUS (SciVerse Scopus TopCited). Além dessas também foram verificados estudos nas bases de dados BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e na MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line), porém as bases não foram necessárias, devido a repetição dos estudos nas mesmas e as selecionadas possuíam maior amplitude de estudos na área. Os descritores definidos foram "cuidado pré-natal" e "atenção primária à saúde" para realização da busca. Utilizou-se como marco temporal o ano de 2000, no qual são percebidos os primeiros passos utilizando o termo humanização da assistência, no caso específico, na atenção pré-natal, sendo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento proposto pelo Ministério da Saúde. O período de levantamento dos dados percorreu o mês de Junho de 2013. Os critérios de inclusão contemplavam artigos que estivessem apresentados com resumos completos nas bases de dados; disponíveis online, de forma gratuita, na íntegra, provenientes de pesquisas originais; nos idiomas inglês, espanhol ou português; publicados entre 2000 e 2012; e destaca-se que nessa revisão foram selecionados apenas estudos nacionais, visto que a questão norteadora desse estudo relaciona a temática com as políticas e programas do Brasil quanto à humanização da assistência pré-natal. Os critérios de exclusão foram artigos que não se relacionassem a temática estudada e não respondessem à pergunta de pesquisa. A busca na base de dados LILACS procedeu da seguinte maneira: "cuidado pré-natal" and "atenção primária à saúde" [Descritor de assunto] and Brasil [ País, ano de publicação] and "2000" or "2001" or "2002" or "2003" or "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" or "2010" or "2011" or "2012" [ País, ano de publicação] and "espanhol" or "inglês" or "português" [Idioma]. Na Scopus, "prenatal care" and "primary health care" [Title-abs-key] and Brazil [affilcountry] and "> 1999 < 2013" [pubyear] and "English" or "Spanish" or "Portuguese" [language]. No total foram encontrados 57 artigos, sendo 21 na LILACS e 36 na SCOPUS. Percebe-se uma limitação de estudos na área, porém foi possível responder a questão

norteadora, uma vez que essa temática de humanização da assistência é atual e o termo "humanização" é relativamente novo nos estudos. Nesse contexto, procurou-se ampliar na busca por "cuidado pré-natal" e "atenção primária à saúde" e relacionar com conceitos e propostas das políticas e programas de humanização para averiguar as práticas assistenciais relacionadas a essa temática. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, finalizou-se a seleção com 18 artigos para análise, os demais foram eliminados com bases nos seguintes critérios: na base de dados LILACS ocorreu 1 recorte de repetição; 9 recorte temático; 1 tese, totalizando 10 artigos. Já na SCOPUS , 20 foram excluídos no recorte temático; 1 por recorte de incompletude; 7 por recorte de repetição nas duas bases selecionadas, finalizando com 8. Com a finalidade de organizar a coleta e análise dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi realizado um quadro sinóptico, nesse trabalho foi adaptado apresentando apenas a referência da pesquisa/código. Ainda, os estudos foram classificados de acordo com os sete níveis de evidências descritos por Melnyk e Fineout-Overholt[6]. Após a análise dos dados, os resultados foram agrupados na seguinte temática principal: práticas promotoras do distanciamento dos pressupostos de humanização.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Apresenta-se a seguir algumas características das publicações selecionadas para a revisão integrativa. Verifica-se a publicação de 17 estudos no Brasil e 1 no Chile. Dessas produções havia autores de diferentes áreas, sendo elas: 8 contemplados pela medicina; 8 na enfermagem; 1 na enfermagem e odontologia e 1 das ciências sociais. Quanto ao ano de publicação sobressai-se com 5 estudos em 2012, 2 ao ano em 2011, 2010, 2007, 2004 e 2000, e 1 ao ano em 2008, 2006 e 2003. Referente ao cenário de realização estudo, predominou com 12 estudos as unidades de saúde (Unidade básica de Saúde e Estratégia de Saúde da Família); após 3 na área hospitalar, 1 nos dois âmbitos unidade/hospital. Também foram contemplados nessa revisão 1 estudo proveniente de boletins de encaminhamento de gestante para serviço de alto risco e 1 a partir do cartão de gestantes. Os sujeitos do estudo predominou gestantes com 6; puérperas com 4; gestantes e enfermeiros presentes em 2; e 1 estudo de cada com os seguintes indivíduos: equipe de saúde/gestante; gestantes/profissionais de saúde de diferentes áreas; e finalmente enfermeiro/médico/coordenador de unidade/gestante. Os periódicos que publicaram referente a essa temática foram nos seguintes campos: 4 períodos da Enfermagem; 2 Saúde Pública; 1 Medicina; 2 Saúde Coletiva e 1 Interdisciplinar. Com relação aos delineamentos dos estudos, evidenciaram-se 7 estudos de pesquisas qualitativas, 10 estudos transversais/descritivo e 1 estudo não citou o método, porém percebe-se a organização descritiva do estudo. Quanto ao nível de evidência, todos os artigos são de nível de evidência 6. Apresentação a seguir as referências dos artigos selecionadas nesse estudo.

**Tabela 1**: Referência/Código dos artigos selecionados na revisão

| Referência/Código |
|---|
| Duarte SJH. Motivos que levam as gestantes a fazerem o pré-natal: um estudo das representações sociais. Ciência e Enfermeria. 2012; 18(2): 75-82. (A1) |
| Cesar JA, Sutil AT, Santos GB, et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Publica. 2012;28(11): 2106-2114. (A2) |
| Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de ESF em um município no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(4): 789-800. (A3) |
| Rodrigues EM, Nascimento RG, Araújo A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Rev. Esc. Enferm USP. 2011; 45(5): 1041-7. (A4) |
| Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das convergências e divergências. Rev. Saúde Matern. Infant. 2010; 10(3): 359-367. (A5) |
| Araújo MAL, Vieira NFC, Silva RM. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em unidade básica de saúde da família em Fortaleza, Ceará. Ciênc. saúde coletiva .2007;13(6): 1899- 1905.(A6) |
| Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2007;7(1): 75-82. (A7) |
| Buchabqui JA, Capp Edison, Ferreira J. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto risco na rede básica de atenção à saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2006; 6(1): 23-29. (A8) |
| Costa JSD, Madeira ACC, Luz RM, et al. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. Rev. Saúde Publica. 2000; 34(4): 329-36. (A9) |
| Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Rev. Min. Enferm. 2012; 16(3): 315-323. (A10) |
| Peixoto CR, Lima TM, Costa CC, et al. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza. Rev. Min. Enferm. 2012; 16(2):171-177. (A11) |
| Mandoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, et al. Diferenças no processo de atenção pré-natal entre unidades da Estratégia de Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011;27(4): 787-796. (A12) |
| Caldeira AP, Santana KR, Carneiro JA, et al. Qualidade da assistência a gestante em diferentes modelos de atenção primária. Rev. APS. 2010; 13(2): 196-201. (A13) |
| Figueiredo PP, Rossoni E. O acesso a assistência pré-natal na atenção básica a saúde sob a ótica das gestantes. Rev. Gaucha Enferm. 2008; 29(2): 238-45. (A14) |
| Silveira DS, Santos IS. Fatores associados a cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2): 231-241.(A15) |
| Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS. Atenção pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: Um estudo comparativo. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2): 535-545. (A16) |
| Moura ERF, Rodrigues MSP. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. Interface. 2003;7(13): 109-118.(A17) |
| Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em pelotas Rev. Saúde Pública. 2000; 34(6): 603-609. (A18) |

Com o objetivo de responder a questão norteadora dessa revisão apresentam-se a temática central, denominada práticas promotoras do distanciamento dos pressupostos de humanização, sendo elas: valorização do modelo biomédico (A1, 4, 5, 10, 13, 14); descontinuidade da atenção/rodízio de profissionais (A2, 10, 14); falta ou desvalorização dos registros pelos profissionais (A2, 3); baixa cobertura/solicitação de exames preconizados na primeira consulta (A2, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18); baixa cobertura de ações educativas (A3, 10, 13, 14, 15, 17); dificuldade de acesso e fragilidades nos serviços, visualizadas na captação tardia das gestantes, dificuldade na marcação de consultas, orientações fragilizadas ( A3, 5, 6, 7, 9, 12, 14, 16); fragilidade na organização do serviço, em consideração: instalações, distribuições de recursos, organização administrativa e estrutural (A6, 7, 9, 10, 13, 14, 18); falta de qualificação profissional/ não adesão aos protocolos (A4, 5, 8, 18); sobrecarga de trabalho às equipes (A4); dificuldade de trabalhar em equipe (A4, 10); entraves geográficas e financeiras (A5, 6, 8, 11); descrédito na atenção básica, ao associar setor público com má qualidade na atenção e supervalorização do setor privado pelas usuárias (A5, 2, 18); obscuro protagonismo da mulher e formação de vínculo, assim como o desgaste emocional da gestante com essas entraves (A6, 10, 14). Ausência de referência e contrarreferência (A10); alto percentual de recém nascido prematuro e com baixo peso ao nascer (A13); e utilização de recursos de forma questionável, como o ultrassom (A10, 18). Apesar das políticas e programas de humanização voltados ao cuidado pré-natal contemplarem alguns aspectos almejados, a realidade apresentada demonstra fragilidade em diferentes campos. Na síntese das dimensões, a falta de adequado espaço físico, que interfere na realização das atividades assistenciais e educativas , bem como a inexistência da participação comunitária, da intersetorialidade e da referência e contrarreferência, afetam as ações de saúde, desintegrando as partes e permanecendo o olhar reducionista biomédico predominante[7]. São apontados em estudo fatores que reforçam o distanciamento do processo de humanização, como, as deficiências do serviço do pré-natal quanto ao número reduzido da efetivação do exames preventivos, refletindo a ausência de uma comunicação efetiva entre os profissionais e a usuária. Reflete-se nos serviços a quase inexistência de atividades educativas, comprometendo o cuidado, uma vez que esta fornece subsídios para ampliar o conhecimento e a autonomia das gestantes[8]. Outra entrave para o processo de humanização, diz respeito a qualificação profissional, a falta de qualificação específica pode afetar diretamente a população atendida, pois se sabe que o profissional que não tem o perfil para atuar na área, terá muitas dificuldades em realizar algum projeto ou até mesmo ter um olhar voltado para as necessidades de cada gestante[9]. Além disso, prejudicando a adesão as ações dos serviços públicos de saúde visualiza-se o descrédito nesse nível de atenção, as gestantes mostram preferência pela rede privada, o que ocorre em razão da crença de o atendimento da rede privada ser melhor do que o do sistema público de saúde. O SUS, na visão do usuário é considerado um serviço de saúde desorganizado, pautado em baixa qualidade, demandando longo tempo de espera e sem garantias de atendimento[8]. Ainda nesse contexto, reforça-se a necessidade do

desenvolvimento de esforço e corresponsabilização coletiva entre gestores, profissionais de saúde e comunidade para implantação de políticas públicas de saúde que sustentem seus programas, e que garantam um atendimento à mulher de maneira integral e humanizada[3].

**CONCLUSÃO:** A realidade apresentada nos estudos demonstra que são de diferentes origens os aspectos que favorecem o distanciamento da humanização da assistência pré-natal preconizada pelas políticas e programas. Nesse contexto é indispensável a corresponsabilização das diversas esferas envolvidas na organização dos serviços de saúde. A humanização da assistência encontra-se obscura na práxis dos profissionais de saúde, nesse sentido cabe questionar a inserção das políticas e programas do Ministério do Saúde na prática assistencial e o quanto está sendo acessado e qualificado ao encontro dos profissionais de saúde essas propostas. Ao tratar de humanização da assistência é importante relacionarmos com a qualificação da mesma, sendo essencial que essa seja alcançada, percebe-se o desafio na implementação do processo de humanização do cuidado pré-natal. Visualiza-se a essencialidade de estudos associados a prática assistencial,como o realizado, para compreensão do real contexto do cuidado humanizado, a fim de buscar estratégias para minimizar as entraves na realização de um atendimento de qualidade.

**Área temática:** Processos de Cuidados

**REFERÊNCIAS**

1. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev. bras. enferm. 2009;62(3): 387-92.

2. Ministério da Saúde (Brasil) . Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

3. Martins LA, Silva LWS; Santos NA, Nunes ECD, Aguiar ACSA. Opinião dos profissionais da saúde sobre a humanização no parto e nascimento e sua operacionalização. Rev. Enferm UFPE. 2011; 5(9): 2189-96.

4. Baruffi LM. O cuidado cultural à mulher durante a gestação: uma contribuição para a humanização. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem/UFRGS; 2004.

5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm. 2008;17(4):758-64.

6. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.

7. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Batista RS, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14(1):1347-1357.

8. Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2013;(1): 29-37.

9. Severino JG, Costa NCG. Atuação do enfermeiro no atendimento a mulher na saúde da família em Diamantino, Mato Grosso. Rev Matogrossense de Enferm. 2010; 1(2):166-182.

# O USO DE PLANTAS MEDICINAIS PARA O CUIDADO À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

# USE OF PLANTS FOR MEDICAL HEALTH CARE: A NARRATIVE REVIEW

# USO DE PLANTAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA: UNA REVISIÓN NARRATIVA

HEISLER, Elisa Vanessa1
BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin2
SCHIMITH, Maria Denise3
ALBERTI, Gabriela Fávero4
PEROTTONI, Juliano5
SILVA, Dalva Cezar da6
BOTH, Juliane Elis7
HEISLER, Eliana Daniela8

1 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGenf- UFSM, Especialista em Saúde Publica com ênfase em Saúde da Família. E-mail elisa.vanessa@yahoo.com.br
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. E-mail: lourdesdenardin@gmail.com
3 Enfermeira, Doutora em Ciências, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Email: ma.denise2011@gmail.com
4 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria PPGenf-UFSM. E-mail: g_falberti@hotmail.com
5 Doutor em Bioquímica Toxicológica, Professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM/CESNORS. E-mail: perottoni@ufsm.br
6 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGenf – UFSM. E-mail: dalvacezarsilva@yahoo.com.br
7 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGenf – UFSM. E-mail: julianeelisboth@hotmail.com
8 Acadêmica, 3º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/CESNORS. E-mail: elianaheisler@yahoo.com.br

**RESUMO:** Este estudo teve por objetivo verificar o que as diferentes áreas do conhecimento vêm produzindo acerca do uso de plantas medicinais para o cuidado a saúde, a partir da criação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (2006). Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva, estruturado através de uma revisão narrativa de literatura. Os resultados foram obtidos por meio de busca *online*, que ocorreu em maio de 2013, na base de dados Pubmed. Foram selecionadas, conforme critérios de

inclusão e exclusão 32 publicações. Para facilitar a análise dos resultados as produções foram separadas em categorias: Saber e prática cultural acerca do uso de Plantas Medicinais; Estudos etnobotânicos e etnomedicinais e comprovação da eficácia de tratamento com plantas. Em linhas gerais os achados demonstram que diversas áreas profissionais vem realizando estudos acerca do tema, dando preferencia ao resgate e documentação da sabedoria popular sobre o conhecimento e prática cultural do uso de plantas medicinais. Destacando a importância do tema para as áreas da saúde.

**DESCRITORES:** Plantas Medicinais; Cuidados de Saúde; Medicina Tradicional.

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo verificar que las distintas áreas de conocimiento están produciendo sobre el uso de plantas medicinales para el cuidado de la salud, desde la creación de las plantas medicinales y los medicamentos herbarios nacionales (2006). Se trata de un estudio cualitativo, de carácter descriptivo, estructurado a través de una revisión narrativa de la literatura. Los resultados se obtuvieron mediante la búsqueda en línea, que se produjo en mayo de 2013, en la base de datos Pubmed. Ser seleccionado como criterios de inclusión y exclusión de 32 publicaciones. Para facilitar el análisis de los resultados de las publicaciones se clasificaron: Conocer y cultural de la práctica en el uso de las plantas medicinales, los estudios etnomedicina y etnobotánica y la prueba de la eficacia de las plantas de tratamiento. En general, los resultados muestran que los distintos ámbitos profesionales ha estado llevando a cabo estudios sobre el tema, dando preferencia al rescate y documentación de la sabiduría popular sobre los conocimientos y prácticas culturales en el uso de plantas medicinales. Destacando la importancia del tema para las áreas de salud.

**DESCRIPTORES:** Plantas Medicinales; Prestación de Atención de Salud; Medicina Tradicional.

**ABSTRACT:** This study aimed to verify what the different areas of knowledge are producing about the use of medicinal plants for health care, from the creation of the National Medicinal Plants and Herbal Medicines (2006). This is a qualitative study, descriptive in nature, structured through a narrative review of the literature. The results were obtained by searching online, which occurred in May 2013, in the Pubmed database. Being selected as inclusion and exclusion criteria 32 publications. To facilitate the analysis of the results of the publications were categorized: Knowing and cultural practice on the use of Medicinal Plants; ethnomedicinal and ethnobotanical studies and proof of efficacy of treatment plants. In general the findings show that various professional fields has been conducting studies on the subject, giving preference to the rescue and documentation of folk wisdom about knowledge and cultural practice in the use of medicinal plants. Highlighting the importance of the topic for the areas of health.

**KEYWORDS:** Medicinal Plants; Delivery of Health Care; Medicine Traditional.

## INTRODUÇÃO

As plantas medicinais há muito tempo, vêm sendo utilizadas pela população para o cuidado em saúde, estando entre os principais recursos terapêuticos da Medicina Tradicional.[1] Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 85% da população mundial utiliza plantas medicinais no tratamento a saúde e 80% das pessoas dos países em desenvolvimento dependem da medicina tradicional e/ou complementar para suas necessidades básicas de saúde.[2] Desta forma, as plantas medicinais vem se tornando objeto de políticas públicas nacionais e internacionais, incentivadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a Declaração de Alma Ata, em 1978. Que levou a criação do "Programa de Medicina Tradicional". Com este programa a OMS teve em vista respaldar os países de modo a integrar a Medicina Tradicional e ou complementar nos sistemas nacionais de saúde.[1] No Brasil, foram intensificadas iniciativas a partir da década de 1980, destacando-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Resolução CIPLAN em 1988, que regulamentou a implantação da Fitoterapia nos serviços de saúde, criando procedimentos e rotinas sobre sua prática nas unidades de saúde.[2] Após esta conferência, muitos foram os fóruns, reuniões, seminários, pesquisas, relatórios, resoluções e decreto presidencial para se chegar à publicação da Politica Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, no ano de 2006.[2] As ações para a implementação dessas políticas nacionais buscam ampliar a oferta de serviços e produtos no Sistema Único de Saúde (SUS), de forma segura e racional, por profissionais da saúde qualificados, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, promovendo a integralidade da atenção.[1] Diante do exposto, considera-se imprescindível a implementação destas políticas públicas para a ampliação das opções terapêuticas da população. Percebe-se, também, a necessidade de estudos que venham ao encontro desta abordagem com intuito de fortalecer a implementação das políticas e compreender o que vem sendo pesquisado sobre o tema plantas medicinais. Assim, este estudo tem como questão norteadora: o que vem sendo produzido acerca do uso de plantas medicinais para o cuidado à saúde a partir da criação da Politica Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (2006)? Com o objetivo de verificar o que as diferentes áreas do conhecimento vêm produzindo acerca do uso de plantas medicinais para o cuidado a saúde a partir da criação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva, estruturado por meio de uma revisão narrativa de literatura. Optou-se por esta, considerando que possibilita a aquisição e atualização de conhecimento sobre um determinado tema, em curto período de tempo,

constituindo-se de interpretação e análise crítica pessoal do autor.[3] A busca *online* foi realizada no mês de maio de 2013, na base de dados Pubmed, por ser esta uma base de dados de abrangência internacional, correspondendo a questão norteadora do estudo. A pesquisa foi realizada por meio do método de busca avançado, utilizando-se o operador booleano AND, com os descritores plants medicinal (plantas medicinais) and Delivery of health care (Cuidados de saúde) no campo MeSH Terms, desta forma, a busca possibilitou encontrar um total de 467 referências. Os critérios adotados para a seleção das produções foram os seguintes: resumos de artigos de revista; texto completo disponível e gratuito; artigos sobre saúde humana; nos idiomas inglês, português ou espanhol e artigos publicados entre os anos de 2006 e 2012, considerando como marco para o recorte temporal a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos publicada no ano de 2006. Desta forma, foram selecionadas 74 referências. Para o refinamento da pesquisa, procedeu-se a leitura das produções, sendo selecionados os artigos que de alguma forma relacionassem o uso de plantas medicinais com o cuidado a saúde humana. Foram descartados os que não contemplavam o objetivo da pesquisa. Restaram neste refinamento, 32 referências. Em um segundo momento, para a análise dos artigos selecionados, aprofundou-se a leitura do material, sendo elaborado um quadro sinóptico com os seguintes dados: título, objetivo, departamento de origem, país da pesquisa, revista e ano de publicação. Após, realizou-se a exploração do material com a determinação das categorias, tratamento dos resultados e por fim a inferência e interpretação por meio de discussão com materiais de referência na área e conclusões sobre o tema estudado.

## RESULTADOS

Dentre os 32 artigos selecionados, foi possível perceber que as áreas do conhecimento que mais publicaram neste período e em revistas indexadas nesta base de dados foi a Botânica e a Biologia com 15,62% (n:5) das publicações cada uma. Com relação ao periódico de publicação, a revista com maior número foi o Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine com 75% (n:24) dos artigos. O país que mais sediou pesquisas a este respeito foi a Etiópia com 12,5% (n:4), seguida pelo Brasil, Índia e Quênia que apresentaram 9,37% dos estudos (n: 3 cada). Com relação ao ano de publicação, os que apresentaram maior número de publicações foram 2009 e 2012 representando 25% (n:8 cada). Para facilitar a descrição e discussão dos resultados, os artigos selecionados foram divididos nas categorias, **Saber e prática cultural acerca do uso de Plantas Medicinais:** Dos 32 artigos selecionados, 46,8% (n:15) buscaram identificar o saber e práticas de cuidado por meio de plantas medicinais, em diferentes grupos culturais, países e regiões. Estes artigos foram desenvolvidos por diversas áreas do conhecimento (Farmácia, Medicina, Biologia, Antropologia, Pato biologia, Biodiversidade, Biotecnologia, Botânica e áreas Agrícolas). Os resultados destes estudos mencionam uma série de percepções culturais em torno da saúde, que diferem do modelo biomédico ocidental, como religião, crenças, mitos e principalmente o uso de práticas alternativas ou complementares de cuidado a saúde,

destacando-se as plantas medicinais.[4] Sendo citadas pelos participantes dos estudos, diversas espécies consideradas empiricamente como medicinais e eficazes para a saúde humana. O que ressalta a importância das plantas medicinais para as pessoas.[5] As razões citadas para a preferencia do cuidado por meio das plantas medicinais, está em torno do difícil acesso aos serviços de saúde, questões culturais e econômicas.[4,6] Com relação a origem do saber popular a respeito das plantas medicinais, demonstra-se que são as pessoas mais velhas as detentoras de maior conhecimento, que é repassado de pai para filho, entre as gerações familiares. Destacando-se a figura da mulher, como a responsável pelo cuidado familiar e cultivo de plantas medicinais.[7,8] A não integração destas práticas nos sistemas de saúde foi referenciada, demonstrando ser devido a uma carência de conhecimento a este respeito, por parte dos profissionais de saúde. Ressaltando-se a necessidade de maior envolvimento dos profissionais desta área com a cultura local, o que pode diminuir as barreiras existentes entre profissional/usuário, aumentando a segurança e diminuindo riscos de toxicidade destas plantas, reduzindo a dependência do usuário a medicamentos industrializados.[4,6,9,10] Algumas pesquisas remetem a certa preocupação com a preservação destas plantas, pois mudanças ambientais e culturais ameaçam os recursos naturais o que sinalizando a importância de incentivar a revalorização, conservação e cultivação domestica dos recursos naturais, principalmente em áreas que sofrem desmatamento intenso.[7,8,11] **Estudos etnobotânicos e etnomedicinais:** Dos estudos selecionados, 50% (n:16), objetivaram realizar estudo etnobotânico e/etnomedicinal, que consiste em correlacionar espécies de plantas utilizadas pela sabedoria popular com reconhecimento cientifico da espécie, família e gênero, bem como estudar as formas de uso e costumes pelas diferentes comunidades. Desta forma, as pesquisas registraram diversas espécies de plantas relatadas pelo saber empírico, sendo a maior parte utilizada pela população com intuito medicinal na cura de diversas doenças, as quais são desconhecidas pelo meio cientifico como terapêuticas.[12] Surgiram também outras finalidades como: consumo humano, forragem para animais domésticos, lenha, materiais de construção, cercas vivas, etc.[13] A maioria das informações sobre a utilização de plantas como remédios caseiros partiu de mulheres, enquanto que os dados sobre usos não-medicinais de plantas selvagens fornecidos por homens mais velhos, por realizarem as atividades de campo, enquanto as mulheres são responsáveis por cuidar da casa e dos filhos.[13] Com relação, a utilização das plantas, observou-se que a parte mais utilizada são as folhas [14], enquanto que a mistura e decocção foram os métodos de preparo mais citados. observou-se ainda, que muitas das plantas utilizadas, são preparadas utilizando-se mais de um método e, em alguns casos mais do que uma parte da planta, a partir do conhecimento empírico sobre o efeito terapêutico de cada uma, o que demonstra a necessidade de investigações cientificas a este respeito.[15,16] Identificando-se com os estudos a importância social das plantas e que por conta da larga utilização grande parte das espécies relatadas estão sob ameaça de extinção, exigindo medidas urgentes de conservação.[15,17] A preocupação de alguns pesquisadores se estende também para a preservação do conhecimento tradicional sobre métodos de cura, pois pode-

se observar que acompanha as pessoas mais velhas, havendo certo desinteresse por parte dos mais jovens.[12] Sendo necessários estudos a este respeito, com intuito de integrar as práticas tradicionais com o conhecimento cientifico, pois na ausência deste, a validação pode se justificar por meio do uso consistente de uma determinada planta por um grande número de usuários, por meio de uma ampla gama de tradições étnicas.[14] **Comprovação da eficácia de tratamento com plantas:** Entre os estudos selecionados, apenas um 3,1%, buscou a comprovação cientifica do tratamento com planta medicinal, utilizado e propagado pela sabedoria popular, sendo o estudo realizado pela enfermagem na Nova Zelândia em 2010. A pesquisa realizada teve por objetivo, comprovar e relatar os benefícios da compressa de gengibre para pacientes idosos com osteoartrite há mais de cinco anos. Esse baixo número de estudos com intuito de comprovação terapêutica das plantas medicinais utilizadas por meio da sabedoria popular, vem ao encontro da pesquisa realizada por Haeffner et.al., que enfrentou dificuldades devido a falta de comprovação cientifica sobre o efeito analgésico de determinadas plantas utilizadas e propagadas pela população. Os resultados desta pesquisa foram favoráveis à utilização da planta, que demonstrou potencial anti-inflamatório e analgésico. Segundo o autor, esta terapia pode ser considerada como tratamento alternativo para pessoas com sintomas de osteoartrite, reforçando a necessidade de novas investigações, com maior número de idosos para explorar ainda mais o potencial da compressa com gengibre. Destaca-se assim, de extrema importância á investigação de plantas medicinais com possíveis efeitos terapêuticos, pois estima-se que cerca de 25% dos medicamentos modernos são derivados de plantas, através da aplicação de tecnologias modernas ao conhecimento tradicional.1

## CONCLUSÃO

Este estudo permite concluir, que as diferentes áreas do conhecimento, vêm pesquisando e publicando acerca do uso terapêutico das Plantas Medicinais. No que diz respeito aos assuntos abordados, acredita-se, que os estudos estão no caminho, pois em sua maioria tratam dos saberes e práticas do senso comum, e sabe-se que diversos medicamentos a base de plantas tem sua origem no saber e prática popular. Observou-se, apesar dos avanços ocorridos, certa fragilidade, principalmente no que se refere á pesquisas e publicações sobre a comprovação científica destas práticas, utilizadas e propagadas pela sabedoria popular. O que dificulta a implementação e incorporação desta opção terapêutica nos serviços de saúde, devido à insegurança dos profissionais, ocasionada pela falta de conhecimento. Os estudos demonstram a necessidade de um maior envolvimento dos profissionais da saúde com a temática, atuando como facilitador do resgate deste saber e colaborando para sua validação científica, além de facilitar a aproximação profissional/usuário, tornando mais efetivas as suas ações. Consagrando-se assim, o saber popular sobre o uso de plantas medicinais, como vasto campo de pesquisa, pois oferece respaldo para estudos científicos que terão significado não apenas a comunidade cientifica, mas também para a comunidade, família ou pessoa em estudo.

**Área temática:** Processos de cuidado.

**REFERÊNCIAS**

1.Brasil. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares: Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 13p.

2.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília; 2006.

3.Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paul. Enferm. São Paulo, v.20, n.2, jun. 2007.

4.Michel J et al. Medical potential of plants used by the Q'eqchi Maya of Livingston, Guatemala for the treatment of women's health. J Ethnopharmacol.114(1). 2007.p. 92–101.

5.Belayneh A et al. Medicinal plants potential and use by pastoral and agro-pastoral communities in Erer Valley of Babile Wereda, Eastern Ethiopia. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine 2012,8:42.

6.Oluwatoyin AC, Njideka OU. Frequency of complementary and alternative medicine utilization in hypertensive patients attending an urban tertiary care centre in Nigeria. BMC Complementary and Alternative Medicine, 2007.

7.Toledo BA, Galetto L, Colantonio S. Ethnobotanical knowledge in rural communities of Cordoba (Argentina): the importance of cultural and biogeographical factors. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine2009, 5:40.

8.Yineger H, Yewhalaw D, Teketay D. Ethnomedicinal plant knowledge and practice of the Oromo ethnic group in southwestern Ethiopia. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine. 2008, 4:11.

9.Mata NDS et al. The participation of Wajãpi women from the State of Amapá (Brazil) in the traditional use of medicinal plants–a case study. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine, 2012,8:48.

10.Quiroga R, Meneses L, Bussmann RW. Medicinal ethnobotany in Huacareta (Chuquisaca, Bolivia). Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine2012,8:29.

11.Njoroge GN et al. Utilisation of priority traditional medicinal plants and local people's knowledge on their conservation status in arid lands of Kenya (Mwingi District). Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine 2010, 6:22.

12.Bussman RW et al. Health for sale: the medicinal plant markets in Trujillo and Chiclayo, Northern Peru. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine. 2007, 3:37.

13. Estrada E et al. Ethnobotany in the Cumbres de Monterrey National Park, Nuevo León, México. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine. 2007, 3:8.

14.Jorim R et al. An ethnobotanical survey of medicinal plants used in the eastern highlands of Papua New Guinea. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine, 2012, 8:47.
15. Okello SV et al. Ethnobotanical study of medicinal plants used by sabaots of MT. Elgon Kenya. Afr. J. Trad. CAM. 2009; 7 (1): 1 – 10.

16. Simbo DJ. An ethnobotanical survey of medicinal plants in Babungo, Northwest Region, Cameroon. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine2010,6:8.

17. Ribeiro A et al. Ethnobotanical survey in Canhane village, district of Massingir, Mozambique: medicinal plants and traditional knowledge. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine2010,6:33.

18. Haeffner R et al. Plantas medicinais utilizadas para o alívio da dor pelos agricultores ecológicos do Sul do Brasil. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2012, 14(3).p.596-602.

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UM PANORAMA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL

# HEALTH EDUCATION IN PRIMARY CARE: AN OVERVIEW OF NATIONAL SCIENTIFIC PRODUCTION

# EDUCACIÓN EN SALUD PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA: UN PANORAMA DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA NACIONAL

TOSSIN, Brenda Ritielli1
MOSTARDEIRO, Sadja Cristina Tassinari de Souza2
TERRA, Marlene Gomes3
SOUTO, Valquíria Toledo4
SILVA, Cristiane Trivisiol da5
VASCONCELOS, Raíssa Ottes6
ROCHA, Francielle dos Santos7

1 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. Email: brenda.tossin@gmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM.
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM.
4 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM.
5 Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
6 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM.
7 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM.

**RESUMO:** A educação em saúde é uma prática relevante a ser desenvolvida pelos enfermeiros, na atenção básica, pois propicia maior empoderamento e autonomia aos indivíduos**.** Diante disso, o presente estudo tem como **objetivo** identificar as produções científicas nacionais da enfermagem na temática da educação em saúde que tenham como cenário a atenção básica. **Metodologia:** Trata-se de estudo de revisão narrativa de literatura, desenvolvido através de uma busca nas bases de dados LILACS e BDENF, em junho de 2013. **Resultados:** 11 artigos foram caracterizados e tiveram seus conteúdos submetidos a análise. Evidenciaram-se as categorias: Grupos de convivência como estratégia para a realização da educação em saúde; Práticas educativas do enfermeiro; A consulta de enfermagem como espaço educativo. **Conclusões:** é necessário reavaliar as ações educativas do enfermeiro devido interferências negativas em sua efetividade; fortalecer a consulta de enfermagem em sua infraestrutura e sistematização, assim como incentivar a realização de grupos terapêuticos.

**Descritores:** Enfermagem em saúde pública; Saúde da família; Educação em saúde.

**ABSTRACT:** Health education is an important practice to be developed by nurses in primary care as it provides greater empowerment and autonomy to individuals. Therefore, this study **aims to** identify the national scientific production of nursing in the theme of health education in primary care. **Methodology:** This study is a narrative review of the literature, developed through a search in the databases LILACS and BDENF, in June 2013. **Results:** 11 articles were characterized and subjected to content analysis. Showed the categories: Groups of coexistence as a strategy for the implementation of health education; Educational practices of nurses, the nursing consultation as an educational space. **Conclusions:** It's necessary to reevaluate the educational nurse because negative interferences in their effectiveness; strengthen nursing consultation in its infrastructure and systematization, as well as encouraging the realization of therapeutic groups.

**Descriptors:** Public Health Nursing; Family Health; Health Education.

**RESUMEN:** Educación para la salud es una práctica importante a desarrollar por las enfermeras en la atención primaria, ya que proporciona un mayor empoderamiento y autonomía a los individuos**.** Por lo tanto, este estudio tiene como **objetivo** identificar la producción científica de la enfermería en el tema de la educación para la salud en la atención primaria. **Metodología**: Es una revisión narrativa de la literatura, desarrollado a través de una búsqueda en las bases de datos LILACS y BDENF, en junio de 2013. **Resultados:** 11 artículos fueron caracterizadas y sometidas al análisis de contenido. Mostró las categorías: Grupos de convivencia para la aplicación de la educación; Prácticas educativas de las enfermeiras; La consulta de enfermería como un espacio educativo. **Conclusión:** Es necesario reevaluar la educación debido a las interferencias negativas en su eficacia; fortalecer las consultas de enfermería en su infraestructura y sistematización, así como fomentar la realización de grupos.

**Descriptores:** Enfermería em Salud Pública; Salud de la Familia; Educación en Salud.

## INTRODUÇÃO

A educação, vista como construção e reconstrução contínua de significados de uma dada realidade, prevê a ação do homem sobre os fatos. Acredita-se que para a educação se efetive, é necessário constituir uma práxis educativa integrada à dinâmica cotidiana do indivíduo, possibilitando a ampliação de seus horizontes e a autonomia de pensar suas ações e escolhas, bem como o desenvolvimento da consciência crítico-reflexiva de si, do outro e do seu meio.[1]

Percebe-se que tem havido um avanço nas tecnologias educativas, principalmente se for considerado que, simultaneamente, alternativas mais tradicionais de educação têm sido questionadas e outras têm surgido, as quais possibilitam e demonstram maior atenção e interesse pelo dinamismo existente nos campos e nas ciências social, política, educacional, religiosa, entre outras.[2] Ao considerar que os indivíduos vivenciam diferentes contextos sociais, o processo educativo interativo favorece o intercâmbio de saberes e oferece os subsídios necessários para o crescimento de todos os participantes envolvidos e, desse modo, apresenta-se como um importante instrumento para a prática de enfermagem enquanto transformação social. Logo, este fazer pedagógico precisa estar fundamentado em uma abordagem interdisciplinar que possibilite a compreensão de aspectos cognitivos, afetivos, sócio econômicos, políticos e culturais, constituindo uma prática socialmente contextualizada.[3] Nesse sentido, a enfermagem tem grande responsabilidade para que ocorram mudanças no perfil de saúde da população, uma vez que possui entre suas atribuições a assistência e educação à criança, adolescente, mulher, adulto e idoso, através do planejamento, gerenciamento, coordenação, execução e avaliação, tanto na unidade quanto no domicílio.

Para auxiliar a efetivação das atribuições imputadas ao Enfermeiro, um dos instrumentos facilitadores e imprescindíveis para estes fins é a educação em saúde, como prática entre sujeitos e mediadora dos cuidados com a saúde. É indiscutível sua relevância para a prática social da enfermagem, em consonância com os princípios estabelecidos pelo SUS, em especial o da integralidade, a educação em saúde aloca-se como tema relevante para as práticas desenvolvidas pelo profissional enfermeiro no cenário da atenção básica, pois propicia o autoconhecimento do indivíduo como ator social.[2]

Os enfermeiros, enquanto educadores são desafiados não só a fornecer educação específica para o paciente e família, como também a enfocar as necessidades educacionais da sociedade. Cabe ressaltar que, para a educação em saúde se estabelecer como uma prática educativa satisfatória no processo saúde/doença é imprescindível conhecer a realidade dos indivíduos com os quais se deseja realizar uma ação educativa, bem como suas potencialidades e suscetibilidades avaliadas de maneira integral. Assim, a educação em saúde pode e deve ser adaptada às necessidades, aos interesses e aos conhecimentos prévios de cada indivíduo caracterizando-se como a essência de educação para a liberdade, destinada a reforçar a consciência do indivíduo sobre si e a sua realidade. Ainda, para que ela possa ocorrer de forma plena e viabilizar ações reflexivas nos serviços de saúde, é preciso haver o diálogo entre os saberes técnocientíficos dos profissionais da saúde e os saberes populares dos usuários.[4,5] Pelo nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, nível de participação desejada da comunidade na resolução dos problemas de saúde, compreensão ampliada do processo saúde/doença, humanização das práticas e busca da qualidade da assistência na atenção primária, depreende-se que o modelo voltado às práticas educativas corresponde ao trabalho mais pertinente para o contexto de atividades da atenção básica.[5]

Nesse contexto, a enfermagem precisa compreender a educação como um processo social, histórico e que se dá ao longo da vida. Logo, é necessário incorporar ações educativas em sua prática diária, através da utilização de metodologias participativas, que propiciem a autonomia e cidadania das pessoas. Ainda, acredita-se que o enfermeiro necessita compreender a educação em saúde como parte integrante do processo de cuidar.

**OBJETIVO**

Diante da relevância do tema exposto e do interesse em debater o processo educativo no âmbito da atenção básica, este estudo objetivou identificar as produções científicas nacionais da enfermagem na temática da educação em saúde que tenham como cenário a atenção básica. Tendo como questão norteadora: Qual a produção científica da enfermagem na temática da educação em saúde no cenário da atenção básica?

**METODOLOGIA**

Trata-se de estudo de revisão narrativa de literatura, de caráter descritivo, que buscou nas publicações científicas nacionais, os artigos que abordassem a questão da educação em saúde no cenário da atenção básica. Para tanto, foi realizada uma busca nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Tal busca procedeu-se no período de junho de 2013, a partir da combinação dos descritores "enfermagem" or "enfermagem em saúde pública" and "educação em saúde" publicados a partir do ano de 2008. Esta limitação temporal deu-se a fim de evidenciar o conhecimento atual, produzido nos últimos cinco anos. A busca nas bases de dados resultou em 118 produções científicas, das quais 57 estavam indexadas na LILACS e 61 na BDENF.

Como critérios para seleção destas produções foram utilizados para inclusão: artigos publicados em periódicos nacionais, no idioma português, com resumo completo disponível, não duplicados em ambas as bases de dados. Foram excluídas teses, dissertações, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos e científicos. A partir da leitura prévia dos títulos e resumos, foram selecionados 11 artigos que compuseram o corpus do estudo.

Os artigos selecionados foram distribuídos em um quadro analítico contendo as variáveis: título do artigo, autoria, ano de publicação, periódico, objetivos, tipo de estudo e principais resultados. Tais variáveis foram exploradas em forma de frequência absoluta (FA) e Frequência relativa (FR), permitindo a caracterização dos dados. Ainda, para analisar os estudos, optou-se pela análise conteúdo, devido ao fato de que nesse tipo de análise, os procedimentos envolvidos são estruturados de forma a promover a organização dos achados através de fases ou etapas que levam a um resultados estruturalmente organizado do seu conteúdo.[6] A análise de conteúdo constitui-se de três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados.[6] Efetuou-se leitura flutuante e construção do quadro analítico possibilitando uma visão abrangente do conteúdo. A leitura integral dos artigos

possibilitou a transcrição dos resultados e de trechos significativos. A leitura exaustiva se deu pela releitura dos textos, quando foi desenvolvida a codificação cromática nos achados fichados. Foram elaboradas categorias temáticas, com discussão com autores de referência e análise sintética dos textos.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

De acordo com os critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos, foram selecionados dois artigos da base de dados BDENF e nove artigos da LILACS, compreendendo um total de 11 artigos analisados para o desenvolvimento desta revisão. Com a caracterização inicial dos estudos, identificou-se que a Revista Ciência, Cuidado e Saúde apresentou o maior índice de publicações, com FA=3 (FR=27%). Nas revistas Nursing (São Paulo) e Revista Gaúcha de Enfermagem foram identificadas FA=2 (FR=18%). Além destas, foram encontradas publicações na Revista Brasileira de Enfermagem, Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE), Investigación y Educación en Enfermería, e Revista Mineira de Enfermagem (REME) com FA=1(FR= 0,9%) cada. Quanto ao ano de publicação dos artigos, destacou-se o ano de 2010 com FA=5 (FR=45%), seguido do ano 2009 com FA=3 (FR=27%). Ainda foram identificadas no ano de 2011 com FA=2 (FR=18%), e em 2008 com FA=1 (FR=0,9%). A maior parcela dos artigos apresentou pesquisas qualitativas com FA=6 (FR=54%), ainda foram encontrados quatro relatos de experiências FA=4 (FR= 36%) e FA=1 reflexão teórica (FR=0,9%).

Os principais resultados dos estudos selecionados foram submetidos à análise de conteúdo, evidenciando-se três categorias: Grupos de convivência como estratégia para a realização da educação em saúde; Práticas educativas do enfermeiro; A consulta de enfermagem como espaço educativo.

Os artigos que compuseram a primeira categoria abordaram temas como: grupos terapêuticos7 e rodas de conversas com potencial educativo8, oficinas educativas e o empoderamento9.

Os grupos terapêuticos foram identificados como um instrumento efetivo na assimilação das transformações vividas dos sujeitos, porém sua efetivação só acontece por meio da metodologia participativa, que permite o diálogo, a reflexão, a conscientização do ser, e oportuniza trocas de ideias, conhecimentos, experiências e a expressão de sentimentos e inquietações[7] A realização desses grupos permite o estabelecimento de diálogo entre a equipe de saúde e a comunidade. Esta relação dialógica é imprescindível para o enfrentamento de problemas de saúde da comunidade, e favorece o processo de empoderamento nas práticas sociais na perspectiva de fortalecer o controle social no SUS. Considera-se que o trabalho em grupo possibilita aos participantes a troca de experiências e conhecimentos pela convivência com problemas semelhantes, em que os sujeitos podem usar as experiências negativas ou positivas dos companheiros no seu próprio processo de mudança. Nesta perspectiva, as atividades conduzidas em grupo devem ter impacto positivo na mudança de comportamento dos usuários.[7,8] O resultado positivo de uma ação educativa,

é um dos fatores que determinam o grau de satisfação e motivam os profissionais da área da saúde, especialmente, no nível da atenção primária à saúde, além de fazer com que os usuários confiem nos profissionais e sigam melhor as suas orientações.

A roda de conversa também se mostrou uma estratégia que constitui um espaço de acolhimento para os participantes, tanto usuários como profissionais/acadêmicos, que possibilita a troca de experiências e interação, o que leva a um envolvimento na prática de hábitos saudáveis e consequente melhora em sua qualidade de vida.[8] Sendo assim, as dinâmicas grupais devem ser entendidas como técnicas motivadoras que contribuem para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde. As ações realizadas na perspectiva educativa, por meio de metodologia participativa, permitem que muitas dúvidas dos usuários sejam esclarecidas nesse encontro. E, nessa troca caminha-se para a construção do empoderamento e autonomia dos sujeitos.[9] Nessa perspectiva, afasta-se do modelo biomédico, que centraliza o processo saúde-doença voltado principalmente para as ações curativas, e coloca-se em destaque o trabalho de grupos educativos como principal método de educação para aprendizagem em saúde. Sendo os grupos elaborados em conjunto com a equipe de Enfermagem e a população que faz parte da área a qual uma unidade de atenção básica atinge. A segunda categoria emergiu de temas como: natureza das ações educativas[11,12,13,14] e capacitação da enfermagem para realização de atividades educativas.[15]

As ações educativas, da forma como estão sendo realizadas no cenário atual, evidenciaram carência de planejamento, insuficiente capacitação profissional, inadequação do espaço físico da unidade de saúde, escassez de material educativo.[11] Ainda, evidenciou-se a falta de capacitação técnico-politico-pedagógica dos gestores, as falhas nas orientações, assim como ações que ficam limitadas ao desenvolvimento de palestras aos usuários, que somados à prevalência de utilização de metodologia baseada na pedagogia da transmissão, vêm se tornando obstáculos para a realização da atividade educativa.[13]

Na mesma perspectiva, outro estudo identificou que os enfermeiros enfrentam dificuldades durante sua prática diária na atenção básica, que impedem ou dificultam a realização das atividades educativas, como alta demanda de pessoas interessadas em consultas, valorização do aspecto curativo da assistência à saúde, falta de motivação dos profissionais para o trabalho com grupos.[16] Considera-se que a ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde, deve encontrar-se inserida em todas as atividades e necessita ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional de saúde e clientela, com o objetivo de levar a população a refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria. A enfermagem está inserida nesse contexto, enquanto profissão que possui habilidades e autonomia para a realização destas ações.[15]

A categoria intitulada: A consulta de enfermagem como espaço educativo, traz artigos que discorrem sobre ações com familiares[17], promoção à saúde da criança[18,19] e consulta com adolescentes[20].

A consulta de enfermagem, sendo uma orientação individual, reforça o estabelecimento de um vínculo entre o paciente, usuário do sistema de saúde, e o enfermeiro que direciona aos

assuntos de importância do paciente, que em diversas oportunidades, hesita em falar ou perguntar em público por supor que trará constrangimento a si mesmo. Sendo assim, a consulta de enfermagem possibilita uma abordagem educativa, que contribui para a troca e a negociação de saberes e práticas para um melhor desenvolvimento no viver com saúde.

A relevância da prática educativa é reconhecida no processo de trabalho de enfermagem com famílias. Foi possível observar que os profissionais acreditam que a educação em saúde é uma ação essencial e muito positiva dentro desta modalidade de atenção à saúde das pessoas, mesmo sendo esta, caracterizada como um trabalho moroso e que apresenta resultados longínquos. Da mesma forma, as atividades educativas para a promoção da saúde da criança e do adolescente com a utilização de metodologias assistenciais, subsidiadas por uma proposta educativa de problematização de troca de experiências, foram consideradas necessárias no processo de cuidado de enfermagem na atenção básica.[14,15,18]

A experiência que uniu metodologias assistenciais de enfermagem em prol da promoção da nutrição infantil se mostrou relevante, considerando o caráter de continuidade à assistência à criança, permitindo diferentes espaços de encontro entre o profissional, a criança e sua família, momentos estes permeados por saberes e práticas diversas, mas ao mesmo tempo complementares.[18]

Em contraponto, outro estudo evidenciou que a ação educativa realizada pela enfermeira durante a consulta do pré-natal caracteriza-se como uma ação rotineira, pouco participativa, com predominância informativa apesar da existência do bom propósito de educar, onde questões relacionadas ao modelo assistencial, estrutural e organizacional do serviço de saúde emergiram como obstáculos para a realização da educação em saúde, como tendência libertadora, crítico-social e transformadora.[19]

Os resultados encontrados permitem afirmar que os enfermeiros reconhecem a importância da realização da educação na saúde em sua prática profissional na atenção básica. Ainda que, essas ações estão majoritariamente focadas na doença, na intervenção, na difusão de informações quando o usuário busca atendimento ou é identificado pela equipe no momento em que a doença está com seu curso avançado, causando prejuízos e danos à saúde. Estes aspectos por sua vez, levam a concluir que os enfermeiros ainda precisam ser estimulados a aprimorar sua prática educativa na atenção básica, visando à efetiva prevenção das doenças e a promoção da saúde das famílias. E ainda, para que se alcance a reorientação do modelo de cuidado à saúde das pessoas, é preciso desconstruir as matrizes do modelo assistencial biologicista e curativista, e ao mesmo tempo, construir um trabalho conjunto de universalidade com os serviços da saúde e a comunidade, criando espaços de parceria que fortaleçam o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer na saúde.[20]

## CONCLUSÃO

O conhecimento, sendo uma construção em relação à promoção da saúde, é um processo que precisa ser realizado de forma constante, contando com a participação do paciente,

usuário do sistema de saúde, e dos profissionais envolvidos destacando-se o enfermeiro. Educação sendo uma de suas funções tem o papel de promover a formação seja no aspecto individual e coletivo considerando os problemas que envolvem a saúde, oportuniza com isso, uma promoção de saúde evidenciando atitudes saudáveis no modo de se viver de cada indivíduo.

A educação em saúde ao mediar os cuidados do bem-estar entre sujeitos deve ser pautada em uma abordagem interdisciplinar que possibilite a compreensão de aspectos cognitivos, afetivos, sócio econômicos, políticos e culturais da população, constituindo um método socialmente contextualizado. Deve ser uma prática educativa satisfatória e para tanto requer diretrizes afastadas do poder coercivo e normativo, objetivando transformar as oportunidades de educar a clientela em momentos prazerosos, contribuindo para a aceitação e mudança no estilo de vida e hábitos do indivíduo, empoderando-o de saberes que permitam sua conscientização de mudança frente sua necessidade de saúde.

Os achados do estudo destacam os grupos de convivência, as práticas educativas do enfermeiro e a consulta de enfermagem como práticas que contextualizadas auxiliam a educação em saúde na atenção básica. Os grupos terapêuticos por meio do empoderamento das práticas sociais advindas das trocas de experiências fortalece o controle social do SUS; é necessário reavaliar as ações educativas do enfermeiro que enfrentam interferências negativas em sua efetivação como falhas organizacionais, desmotivação de pessoal, recursos expositivos limitados e imperatividade do modelo biomédico por parte da população; e por fim, a consulta de enfermagem deve ser fortalecida em sua infraestrutura e sistematização para fornecer qualidade na troca e negociação de saberes e práticas em prol da saúde.

Portanto, a realização do presente estudo propõe fomentar a educação em saúde na atenção básica e discutir processos educativos que podem ser melhor aproveitados por parte da equipe de Enfermagem para proporcionarem com eficiência e eficácia a prevenção, promoção, manutenção e restauração da saúde. Acredita-se que os resultados do estudo possam contribuir no campo de atuação na atenção básica, incentivando os enfermeiros a desenvolverem trabalhos educativos em parceria com a população, transformando as ações em práticas concisas, eficazes e resolutivas, capazes de contribuir com a promoção da saúde da população. No ensino e pesquisa, espera-se contribuir com a produção do conhecimento da área, fornecendo assim, subsídios para pesquisas futuras sobre a temática em questão.

**ÁREA TEMÁTICA:** Educação**.**

**REFERÊNCIAS**

1. Freire P. A importância do ato de ler: em três artigos que se complementam. 49. ed. São Paulo, Ed. Cortez, 2008.

2. Almeida AH, Soares AH. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. maio-jun 2011. [Acesso em 31 jul 2013] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_22.pdf.

3. Schaurich D, Cabral FB, Almeida MA. Metodologia da problematização no ensino em Enfermagem: uma reflexão do vivido no PROFAE / RS. Esc. Anna Nery [Internet]. 2007 [acesso em 23 jul 2013];11(2):318-324. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000200021.

4. Acevedo MB, Becerra FN, Ospina JN, PaucaR GE, Córdoba AA, Correa FP. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. Invest Educ Enferm. [Internet] 2009 [Acesso em 25 jul 2013];27(1):104-11. Disponível em: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100011&lng=es&nrm=

5. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. Rev. esc. enferm. USP. [Internet] 2012 jun [Acesso em 15 jul 2013];46(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300016&lng=en&nrm=iso>

6. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

7. Oliveira SG, Ressel LB. Grupos de adolescentes na prática de enfermagem:um relato de experiência. . Ciênc. cuid. saúde. [Internet] 2010 jan/mar [Acesso em 20 jun 2013]:9(1):144-148. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10563/5758

8. Mantovani MF, Maciel KF, Pelinski A, Gaio DM, Fusuma F, Ulbrich E. Dificuldades no tratamento da doença crônica: relato de experiência de atividade de extensão. Ciênc. cuid. saúde. [Internet] 2011 jan/mar [Acesso em 20 jun 2013]:10(1):157-161. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10842/pdf

9. Lanzoni GMM, Lino MM, Schveitzer MC, Albuquerque GL. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. Rev RENE. [Internet] out/dez 2009 [Acesso em 22 jun 2013];10(4):145-154. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol10n4_html_site/a17v10n4.htm

10. Ferreira MA. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. Texto & contexto enferm. [Internet] 2006 abr-jun [Acesso em 25 jun 2013];15(2):205-11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200003&script=sci_abstract&tlng=pt

11. Trigueiro JVS, Silva ACO, Gois GAS, Almeida AS, Nogueira JÁ, Sá LD. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. Ciênc. Cuid. Saúde [Internet] 2009 out/dez [Acesso em 21 jun 2013];8(4):660-666. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9697/5401

12. Mallet AP, Dall'agnol CM, Souza DB. Febre amarela: orientações de enfermagem à saúde dos viajantes em unidades básicas de saúde. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet] jun 2010 [acesso em 22 jun 2013]:31(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200013

13. Barbosa FI, Vilela GS, Moraes JT, Azevedo LS, Marasan MR. Caracterização das práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em um município do centro - oeste mineiro. REME rev. min. enferm.[Internet] 2010 abr/jun [Acesso em 24 jun 2013]; 14(2):195-203. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4cbd7dcfe085a.pdf

14. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. Rev Bras Enferm.[Internet] jan/fev 2008 [Acesso em 30 jun 2013];61(1):117-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000100019&script=sci_arttext

15. Silva JM, Ricci LAM, Oliveira SGC, Santos AS, Vaz MJR. Consulta de enfermagem pré-natal e educação em saúde: prática do enfermeiro no Programa Saúde da Família.Nursing (São Paulo)[Internet] abr 2010 [Acesso em 02 jul 2013];12(143):170-174. Disponível em: http://www.portaldaenfermagem.com.br/pesquisa_read.asp?id=705

16. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. Rev Esc Enferm USP [Internet] 2007 [acesso em 28 julho 2013]; 41(1):65-72. Disponível em: http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/304.pdf.

17. Roecker S, Marcon SS. Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. Invest. educ. enferm.[Internet] 2011 nov [Acesso em 22 jun 2013]29(3):381-390. Disponível em: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/7571/9796

18. Silva MM, Rocha L, Silva SO. Enfermagem em puericultura: unindo metodologias assistenciais para promover a saúde nutricional da criança. Rev gauch Enferm. [Internet] mar 2009 [Acesso em 10 jul 2013] 30(1):141-144. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4466/6550

19. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2007 [citado em 12 julho 2013]; 12(2):477-486. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf

20. Oliveira SG, Domingues IB, Wunsch S. Consulta de enfermagem aos adolescentes em uma unidade básica de saúde. Nursing (São Paulo) [Internet] jan 2010 [Acesso em 10 jul 2013] 12(140):35-38. Disponível em: http://www.portaldaenfermagem.com.br/pesquisa_read.asp?id=692

# ENFERMEIROS EM BUSCA DO APERFEIÇOAMENTO DIDÁTICO PEDAGÓGICO PELO PROGRAMA ESPECIAL DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES

# NURSES IN SEARCH OF IMPROVING TEACHING EDUCATIONAL PROGRAM FOR SPECIAL TEACHER

# ENFERMERAS EN BUSCA DE MEJORAR LA ENSEÑANZA PROGRAMA EDUCATIVO PARA PROFESOR ESPECIAL

PIESZAK, Greice Machado1
NEVES, Eliane Tatsch2
RODRIGUES, Andressa Peripolli3
BRUM, Crhis de4
ZUGE, Samuel5
POTRICH, Tassiana6
KINALSKI, Daniella7

1 Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul). Docente do Curso de graduação Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões URI Campus Santiago. E-mail: greicepieszak@gmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta na Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).
3 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (Fortaleza).
4 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Rio Grande do Sul).
5 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor Substituto na Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).
6 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).
7 Graduanda de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).

**RESUMO:**
**Introdução:** A implementação de estratégias do Ministério da Educação e Saúde com a finalidade de promover mudanças no processo de formação na área da saúde, com o intuito de proporcionar uma educação direcionada aos problemas da saúde da população, tem-se exigido a adequação dos currículos para formatos atualizados, pautados nas habilidades específicas e competências gerais, associadas ao perfil profissional e humano. **Objetivo:** relatar a experiência de enfermeiras discentes no Programa Especial de Graduação de

Formação de Professores para a Educação Profissional (PEG), promovido pela Universidade Federal de Santa Maria (RS), Brasil. **Método:** o Programa forma professores graduados em nível superior para atuação na docência em Educação Profissional Técnica de Nível Médio. Assim, o enfermeiro está inserido no contexto educacional, formando e aperfeiçoando técnicos de enfermagem. **Resultados:** o PEG possibilita o preenchimento de uma lacuna na formação pedagógica, proporcionando embasamento para a relação de ensino-aprendizagem e integrando os conhecimentos científicos aos pedagógicos. **Conclusão:** acredita-se que a formação para a docência é uma tarefa complexa que envolve persistência, ousadia e criatividade, visto configurar-se um caminho para uma educação renovadora. Dessa forma, a formação proposta no PEG é um desafio estimulante de uma vivência que propicia a renovação, o aperfeiçoamento e a qualificação continuada do enfermeiro para a prática docente.
**DESCRITORES:** Enfermagem; Educação; Educação em Enfermagem.

**ABSTRACT:**
**Introduction:** The implementation strategies of the Ministry of Education and Health in order to promote changes in the process of training in health, in order to provide an education directed to health problems of the population, has required the adaptation of curricula formats for date, graded in specific skills and general skills associated with human and professional profile. **Aims:** to report the experience of student nurses of the Special Undergraduate Program (SUP) for Training Teachers for Professional Education, promoted by Federal University of Santa Maria (FUSM), RS, Brazil. **Method:** the Program trains teachers undergraduate in level degree, to act on teaching in Medium Level Technical Professional Education. So, the nurse is inserted in an educational context, training and improving Nursing Technicians. **Results:** SUP enables filling pedagogical training gap, enabling base to the teaching-learning relationship and integrating scientific knowledge to the pedagogical ones. **Conclusion:** we believe that training for teaching is a complex task that involves persistence, boldness and creativity, in order to configure a path for a renovating education. Thus, the training proposed on SUP is a stimulating challenge of experience that enables renovation, improvement and continuous qualification of the nurse for the

**KEYWORDS:** Nursing; Education; Education in Nursing.

**RESUMEN**
**Introducción:** Las estrategias de aplicación del Ministerio de Educación y Salud, a fin de promover cambios en el proceso de formación en materia de salud, con el fin de proporcionar una educación dirigidas a los problemas de salud de la población, ha

requerido la adaptación de los planes de estudio formatos para la fecha, graduados en técnicas específicas y habilidades generales relacionadas con el perfil humano y profesional. **Objetivo:** relatar la experiencia de enfermeras discentes en el Programa Especial de Graduação (PEG) de Formación de Profesores para la Educación Profesional, promovido por la Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. **Metodo:** el Programa capacita maestros con enseñanza universitaria para actuar en la docencia en Educación Profesional Técnica de Nivel Medio. **Resultados:** el enfermero, a partir de su formación, está inserido en el contexto educacional, capacitando y perfeccionando técnicos de enfermería. El PEG posibilita rellenar un hueco en la formación pedagógica, proporcionando embasamiento para la relación enseñanza-aprendizaje, integrando los conocimientos científicos a los pedagógicos. **Conclusión:** se cree que la formación de la enseñanza es una tarea compleja que implica la persistencia, la audacia y la creatividad, es como crear un camino para la renovación educativa. Así, la formación propuesta en el PEG proporciona la actualización, perfeccionamiento y capacitación continua del personal de enfermería para la práctica docente.

**DESCRIPTORES:** Enfermería; Educación; Educación en Enfermería

## INTRODUÇÃO

Atualmente, os Ministérios da Saúde e da Educação vêm implementando estratégias articuladas com a finalidade de promover mudanças no processo de formação na área da saúde. Com o intuito de proporcionar uma educação direcionada aos problemas da saúde da população, tem-se exigido a adequação dos currículos para formatos atualizados, pautados nas habilidades específicas e competências gerais, associadas ao perfil profissional e humano[1].

As áreas da saúde e da educação se relacionam em um fluxo constante, permitindo o aprendizado e o crescimento profissional. Estas apresentam potencial para gestar seres críticos e políticos, por meio das ações e práticas que envolvem o ensinar e o aprender, o cuidar de si e o cuidar do outro[2].

O campo da saúde é agregador de sentidos e significados, sendo que a educação o posiciona para além do conhecimento formal, tornando-se base para a construção da autonomia e da cidadania de todos[2-3]. Assim, existe uma demanda complexa de profissionais que atendam as exigências desse modelo, direcionando-se o olhar para o ensino técnico, que se mostra em ascenção no contingente educacional.

A formação universitária pode ser considerada como insuficiente quando nos reportamos à formação de professores que atuem nas diferentes modalidades de educação, principalmente na profissionalizante[4]. O domínio do conhecimento que atenda as demandas da docência em ensino técnico profissionalizante pode necessitar de um aperfeiçoamento específico, que contemple uma formação pedagógica para tal.

Em vista disso, emerge a necessidade de profissionais comprometidos com a atenção à saúde, capazes de compreenderem e refletirem a respeito dos seus determinantes. Ainda, profissionais capazes de transformar saberes e práticas, articulando conhecimentos profissionais, e que percebam a complexidade de suas ações com o desenvolvimento de formas de pensar e agir, reinventando modos de lidar com a realidade de saúde[5].

Nesse contexto, a enfermagem é vista como uma profissão que se encontra em contato direto com situações que exigem conhecimento envolvendo a docência, a assistência, a promoção e a educação em saúde. O processo de formação e desenvolvimento profissional em saúde ancora-se num núcleo temático de saberes e práticas que advêm da educação em ciências da saúde[6].

Na enfermagem, a lacuna de profissionais que ocupem um espaço na docência pode ser devida à carga horária prática que a profissão exige, transparecendo erroneamente que basta dominar as técnicas para atuar em cursos técnicos. Entretanto, o exercício da docência apoia-se num saber complexo, que exige do profissional uma formação para além do campo científico[4,7] satisfazendo as necessidades dos discentes, que são protagonistas da construção do seu conhecimento.

A formação pedagógica do docente enfermeiro, muitas vezes, é considerada como uma prática secundária, que desconhece a relação entre ensino, aprendizagem e assistência[8]. Nesse sentido, o profissional docente deve ir à busca de aperfeiçoamento, unindo a prática educacional com a prática assistencial, mostrando-se mais bem qualificado e seguro para atuar na profissão[9].

A partir das mudanças no significado do trabalho de nível ténico, faz-se necessário o preparo do docente voltado para atender as necessidades dos estudantes. Este deve estar atualizado e atento às mudanças no mundo do trabalho, além de utilizar novas tecnologias, inovando o espaço educativo[2].

Sendo assim, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº. 9394/1996, e as Diretrizes Curriculares para Formação de Professores da Educação Básica em Cursos de Nível Superior apontam a reversão do quadro da educação brasileira atual e reforçam a necessidade de criação de cursos de formação de professores para o ensino técnico. Com isso, se poderá minimizar o distanciamento entre o processo de formação do docente e sua atuação profissional. Contudo, será necessária a qualificação do docente para as práticas pedagógicas, voltada para a construção de competências e habilidades[3].

Dessa forma, o Programa Especial de Graduação (PEG) de Formação de Professores para a Educação Profissional, promovido pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, Brasil, forma professores com nível superior para a prática da docência em Educação Profissional Técnica de Nível Médio.

**OBJETIVO**

Tem-se como objetivo relatar a experiência de enfermeiras discentes no PEG de Formação de Professores para a Educação Profissional, promovido pela UFSM, RS, Brasil.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência de enfermeiras como discentes do PEG de Formação de Professores para a Educação Profissional que é ofertado pelo Centro de Educação da UFSM.

O PEG é uma proposta articulada entre os Centros de Ensino da UFSM, da qual fazem parte o Centro de Educação, o Centro de Ciências Rurais e o Colégio Técnico Industrial de Santa Maria.

Em janeiro de 2011 formou-se a primeira turma do PEG/UFSM e, também, a primeira turma decorrente do Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI). O REUNI abriu espaço para a ampliação da oferta de novos cursos, bem como o aumento de vagas, com impacto social para a formação dos profissionais para atuarem no mundo do trabalho.

Destaca-se a diversidade do público com que os futuros docentes irão interagir e diferentes faixas etárias, pois pode ser oferecido articuladamente com o Ensino Médio, a Educação de Jovens e Adultos, como curso pós-médio, bem como na formação continuada, que poderá ocorrer em espaços não escolares. Nesse sentido, o PEG – Formação de Professores para a Educação Profissional busca atender a demanda de formação pedagógica para os profissionais que atuam, ou pretendem atuar, como docentes na Educação Profissional.

Os profissionais formados pelo PEG de Formação de Professores para a Educação Profissional recebem o grau equivalente à Licenciatura Plena na área específica de Bacharelado para a qual já foram diplomados anteriormente.

Para o ingresso no curso, faz-se necessária a participação no processo seletivo que ocorre duas vezes ao ano, por meio de seleção por currículo e entrevista. Totaliza 150 alunos de diversas profissões que não possuem licenciatura em sua formação. Formam-se turmas multidiciplinares, contendo alunos das mais diversas áreas, como ciências exatas, humanas, agrícolas, da saúde e sociais, o que o caracteriza como formação em um contexto transdisciplinar.

O PEG possui duração de três semestres, com prazo máximo de quatro semestres para integralização curricular, com carga horária total do programa de 990 horas. As aulas ocorrem no Centro de Educação da UFSM, nas sextas-feiras, nos turnos tarde e noite, e aos sábados diuturnamente, com atividades presenciais e virtuais, por meio do ambiente virtual, denominado de *moodle*.

As disciplinas ofertadas pelo curso são subdivididas por semestre. O primeiro semestre engloba disciplinas do eixo das relações entre políticas públicas e práticas educativas da educação profissional e tecnológica, no qual são ofertados: Seminário Temático I - Relações entre Políticas Públicas e Práticas Educativas da Educação Profissional e Tecnológica; Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem; Metodologia do Ensino para a Educação Profissional e Tecnológica; Educação Profissional como Política Pública; Educação e Trabalho; e Estágio Supervisionado I; com carga horária total do semestre de 315 horas.

O segundo semestre envolve o eixo dos contextos e organização da educação profissional e tecnológica, composto pelas disciplinas: Seminário Temático II – Contextos e Organização da Educação Profissional e Tecnológica; Organização Curricular para a Educação Profissional e Tecnológica; Organização Didático-Pedagógica de Instituições de Ensino Profissional e Tecnológico; Teorias da Educação; Tecnologias Aplicadas à Educação e Sistemas de informação; Gestão de Instituições de Educação Profissional e Tecnológicas; Relações Humanas no Trabalho; e Estágio Supervisionado II; com carga horária total de 330 horas.

O último semestre do curso abarca o eixo das práticas educativas na educação profissional e tecnológica, em que fazem parte as disciplinas: Seminário Temático III – práticas educativas na educação profissional e tecnológica; Educação Inclusiva; Pesquisa em Educação Profissional e Tecnológica; Libras; Ciência, Tecnologia e Sociedade; Práticas de Investigação no Ensino como Princípio Educativo; e Estágio Supervisionado III; no qual se soma uma carga horária de 345 horas.

O curso de Formação de Professores para a Educação Profissional, a partir da sua estrutura curricular, possibilita a atuação do profissional em disciplinas específicas da sua área técnica em espaços escolares e não escolares, com jovens e adultos do Ensino Fundamental, Ensino Médio e/ou Ensino Superior, bem como àqueles que estejam atuando em espaços profissionais.

Em suma, o profissional formado poderá atuar como docente em escolas de Educação Profissional, particulares e públicas, bem como em sindicatos, Organizações não Governamentais (ONGs) e programas que ofereçam cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores e/ou cursos de Educação Profissional de nível médio.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização deste curso possibilitou a vivência do trabalho inter e transdisciplinar, situando os diferentes saberes de cada profissão no conjunto do conhecimento escolar. Esta experiência transdisciplinar proporcionou o convívio com profissionais de diversas áreas, permitindo trocas de experiências voltadas à docência e para a ampliação dos conhecimentos, por meio das discussões no contexto educativo.

Na área da saúde, a fragmentação do saber, presente tanto no ensino como na prática profissional, oculta a realidade e fragmenta o próprio homem. Dessa forma, o desenvolvimento das ações educativas por meio de saberes não fragmentados possibilita a compreensão da docência de uma forma mais ampla, pois as diferentes áreas de conhecimento articulam-se umas às outras[10].

As atividades desenvolvidas no curso de Formação de Professores preconizam a docência no âmbito da educação profissional, permitindo práticas inerentes à realidade profissional do enfermeiro. O enfermeiro, a partir de sua formação, está inserido no contexto educacional, formando e aperfeiçoando profissionais técnicos de enfermagem, sem trazer a formação pedagógica em seu currículo.

O curso possibilitou o preenchimento de uma lacuna em nossa formação pedagógica, proporcionando embasamento para a relação de ensino-aprendizagem, promovendo a autonomia e a contextualização dos diversos saberes disciplinares, integrando os conhecimentos científicos aos pedagógicos. Além disso, favorece o comprometimento da formação com a educação inclusiva, através da disciplina de Língua Brasileira de Sinais (Libras), ainda ausente no currículo da formação de enfermagem e importante na prática da docência.

A missão do enfermeiro docente na formação do técnico de enfermagem vai além do ensino de técnicas inerentes à profissão, é responsável pela formação de profissionais competentes que logo estarão inseridos no mercado de trabalho, prestando cuidados complexos aos usuários. Frente a isso, ser docente não é uma simples missão, exige preparo, conscientização e compromisso ético com a sociedade e, acima de tudo, com a formação destes profissionais, permeada pela reflexão sobre a prática educativa em favor da autonomia do ser dos educandos[11].

O preparo didático-pedagógico do enfermeiro é atualmente compreendido como uma qualificação profissional necessária para o ensino em sala de aula. Estudo evidenciou que os enfermeiros, logo que concluem a sua formação, atuam em escolas profissionalizantes, ministrando as aulas sem conhecimento didático-pedagógico específico, pois a maioria dos cursos de graduação não oferece esse conhecimento em sua grade curricular. Destes, poucos possuem formação pedagógica, Licenciatura ou Docência para Educação Profissional de Nível Técnico na Área da Saúde[12]. Com isso, reforça-se a necessidade de qualificação na profissão de enfermagem.

O desafio de lançar novos olhares para o preparo do docente de enfermagem contribui para o fortalecimento da profissão. Nesse sentido, o PEG auxilia na formação da competência técnica do docente de enfermagem, que se diferencia, por ter uma formação pedagógica crítica, reflexiva, sensível à realidade do estudante, com compreensão aprofundada da dimensão do currículo escolar e sobre a sua importância para a sociedade. Por consequência, os profissionais que passam por este docente/enfermeiro serão diferenciados no mercado de trabalho, com consciência de sua importância na construção das políticas públicas de saúde brasileiras.

Por isso, é preciso ser vigilante, pois a excelência técnica não deve ser separada da relevância social das ações de saúde e do próprio ensino3. Com isso, a importância de refletir e cultivar a construção de uma cultura ética, quer na saúde, quer na educação, ou em qualquer outra área.

Corrobora com isso o fato de que a preocupação com a formação do enfermeiro crítico, reflexivo e transformador na sociedade é bem recente, sendo que sua efetivação passa obrigatoriamente pela formação dos professores. Para que haja ensino de qualidade, é necessário oferecer aos professores uma formação adequada[2].

A prática docente é sublinhar os professores, com a responsabilidade ética no exercício da tarefa de ensinar[13]. Contudo, para que esse compromisso seja efetivado com sucesso deve-se ter uma formação pedagógica de qualidade, adequada ao contexto educacional brasileiro. Sabe-se que o enfermeiro, a partir de sua formação, está inserido no contexto educacional, formando e aperfeiçoando técnicos de enfermagem. O PEG proporciona o aperfeiçoamento na área da docência e oportuniza que a enfermagem atue de forma qualificada na formação de novos profissionais no âmbito da Educação Profissional Técnica de Nível Médio.

Os técnicos representam a maior parte da força de trabalho em Enfermagem e sua formação é importante, pois passam um ou dois anos no ensino profissionalizante e inserem-se como profissionais no mercado de trabalho, assumindo a responsabilidade de cuidar do ser humano em conjunto com outros profissionais de saúde. No entanto, na maioria das vezes, os enfermeiros docentes não possuem licenciatura em Enfermagem, e as escolas onde atuam não lhes proporcionam a capacitação pedagógica, deixando-os buscar o aperfeiçoamento por conta própria[14].

Com isso, a oportunidade de realizar o curso de Formação de Professores permite à enfermagem desenvolver o aperfeiçoamento e crescimento profissional. Além de habilidades na formação para docência em nível técnico, pois é uma prática imprescindível que necessita a expansão desta modalidade de ensino de forma qualificada.

Atualmente, o que se percebe, ainda, são enfermeiros/docentes reproduzindo o ensino que tiveram na academia, sem refletir sobre a importância de uma qualificação pedagógica para buscar a renovação necessária no ensino. Nesse sentido, a renovação do ensino proposta pelo professor com esta formação no PEG resulta em um aluno que é capaz de construir suas competências e habilidades, com base em princípios éticos sólidos, mais preparado para enfrentar os desafios do mundo do trabalho e, com isso, refletir na qualidade do cuidado.

## CONCLUSÃO

Acredita-se que a formação adequada na docência é o caminho para uma educação que contemple as múltiplas dimensões do conhecimento, da mudança do cenário na formação qualificada de profissionais de saúde, sendo que este é um desafio complexo que envolve persistência, ousadia e criatividade. A sociedade hoje exige profissionais inovadores, que realizem suas funções com prazer, autonomia e responsabilidade, e dessa forma é coerente que os formadores destes profissionais possuam na sua formação essas características.

Concluindo, a formação proposta pelo PEG nos instiga a promover as inovações necessárias para contribuir na formação de novos profissionais para o mercado de trabalho, um desafio estimulante de uma vivência que propicia a renovação e o aperfeiçoamento, a qualificação continuada do enfermeiro para a prática docente.

**ÁREA TEMÁTICA:** Educação

**REFERÊNCIAS:**

1. Chaves MM, Menezes MJ, Montenegro LC, Alves M. Competencias profesionales de los enfermeros: el método developing a curriculum como posibilidad para elaborar un proyecto pedagógico. Enfermería Global [Internet]. 2010 [cited 2013 May 15];18:1-19. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_administracion2.pdf

2. Pereira WR. Higher Education in Nursing: Between symbolic domination and political emancipation. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2013 May 17];45(4):981-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a27.pdf

3. Perrenoud P. Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza. Porto Alegre: Artmed; 2001.

4. Teixeira GPM. Docência: uma construção a partir de múltiplos condicionantes. Rev Educ Prof [Internet]. 2009 [cited 2013 May 17];35(1):28-37. Available from: http://www.senac.br/BTS/351/artigo-03.pdf

5. Silva MG, Fernandes JD, Teixeira GAS, Silva RMO. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 May 18];19(1):176-84. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a21.pdf

6. Bolzan DPV, Isaia SMA. Pedagogia universitária e aprendizagem docente: relações e novos sentidos da professoralidade. Rev Diálogo Educ. 2010 Jan/Apr;10(29):13-26.
7. Melo EM. Teaching and care: a key link for the development of a nursing quality. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2013 May 18];7(2). Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4465/pdf_1980

8. Rodrigues MTP, Sobrinho JAC. Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. Rev Bras Enferm [Internet]. 2007 [cited 2013 May 28];60(4):456-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a19.pdf

9. Tardif M. Saberes docentes e formação profissional. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.

10. Pereira LAC. Fórum de Educação Profissional a Formação de professores para a Educação Profissional. Brasília (DF); 2004.

11. Bordallo FR, Guimarães MVR, Silvino ZR, Christovam BP, Escudeiro CL, Teixeira ER. Pedagogy of autonomy: necessary knowledge for educational practice. Rev enferm

UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2013 June 02];7(4):1254-5. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3760/pdf_2447

12. Maissiat GS, Carreno I. Enfermeiros docentes do ensino técnico em enfermagem: uma revisão integrativa. Revista Destaques Acadêmicos [Internet]. 2010 [cited 2013 June 02];2(3):69-80. Available from: http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/viewFile/121/79

13. Renovato RD, Bagnato MHS, Missio L, Bassinello GAH. As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. Trab Educ Saúde [Internet]. 2009 [cited 2013 June 05];7(2):231-48. Available from: http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r246.pdf

14. Orosco SS, Scheide TJF. As diferentes abordagens do processo educativo e seus reflexos no ensino de enfermagem em nível médio. Colloquium Humanarum. 2008 Jun; 5(1):53-68.

# CURSO DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA: FONTES DE INFORMAÇÃO DA ÁREA DE SAÚDE NA INTERNET

# BIBLIOGRAPHICAL RESEARCH COURSE: HEALTHCARE INFORMATION SOURCES ON THE INTERNET

# SUPUESTO LA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA: FUENTES DE INFORMACIÓN SANITARIA EN INTERNET

SILVA, Clarissa Bohrer1
PAULA, Cristiane Cardoso2
PADOIN, Stela Maris de Mello3
NASCIMENTO, Letícia4
VOLMER, Cristiana5

1Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/RS/BRASIL. Bolsista FAPERGS/CAPES. Estudante do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) UFSM. E-mail: clabohrer@gmail.com
2Enfermeira. Doutora. Profa Ajunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade.
3Enfermeira. Doutora. Profa Ajunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade.
4Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/RS/BRASIL. Estudante do GP-PEFAS UFSM.
5Acadêmica do curso de Enfermagem da UFSM. Bolsista PET. Estudante do GP-PEFAS UFSM.

## RESUMO

**Introdução:** A pesquisa bibliográfica é o processo de busca sistemática da literatura publicada, por meio da elaboração de estratégias nos diversos recursos de informação disponíveis. **Objetivo:** Relatar as experiências vivenciadas pelos discentes e docentes no desenvolvimento das edições do Curso de Pesquisa Bibliográfica oferecido pela UFSM. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência do desenvolvimento das edições do CPB no qual se busca pontuar o caminho percorrido e os desafios enfrentados durante o desenvolvimento do curso. **Resultados:** O curso presencial possui aulas teóricas e aulas práticas em laboratório de informática, sendo dividido em dois módulos: básico e avançado. As facilidades referem-se à disponibilidade da palestrante, a presença de monitores, a estrutura do grupo de pesquisa organizador. Como dificuldades, a falta de incentivo.

**Principais conclusões:** A demanda de interesse pelo curso e a avaliação positiva propicia o feedback necessário para o aprimoramento do curso nas edições seguintes.

**Descritores:** Grupos de pesquisa; Pesquisa; Bases de dados bibliográficas; Cursos de capacitação.

**ABSTRACT**
**Introduction**: the bibliographical research is the process of systematic search of the published literature, through the elaboration of strategies in the various information resources available. **Aim**: to report the experiments experienced by students and teachers in the development of the issues of the bibliographical research offered by UFSM. **Methodology**: this is an account of the development experience of issues of CPB which seeks to punctuate the path taken and the challenges faced during the development of the course. **Results**: the face-to-face course features lectures and practical classes in the computer lab, being divided into two modules: basic and advanced. The facilities refer to the availability of the speaker, the presence of monitors, the structure of the research group organizer. As difficulties, lack of incentive. **Main conclusions**: the interest in travel demand and the positive assessment provides the necessary feedback for the improvement of the course in the following.

**Descriptors:** Research Groups; Research; Databases Bibliographic; Training Courses.

**RESUMEN**
**Introducción**: la investigación bibliográfica es el proceso de búsqueda sistemática de la literatura publicada, mediante la elaboración de estrategias en los diferentes recursos de información disponibles. **Objetivo**: informar a los experimentos experimentada por los estudiantes y profesores en el desarrollo de los temas de la investigación bibliográfica ofrecieron por UFSM. **Metodología**: este es un relato de la experiencia de desarrollo de cuestiones de CPB que pretende jalonan la ruta tomada y los desafíos que enfrentan durante el desarrollo del curso. **Resultados**: el curso presencial incluye conferencias y clases prácticas en el laboratorio de computación, siendo dividido en dos módulos: básico y avanzado. Las instalaciones se refieren a la disponibilidad del altavoz, la presencia de monitores, la estructura del organizador del grupo de investigación. Como las dificultades, falta de incentivo. **Principales conclusiones**: el interés de la demanda de viajes y la evaluación positiva proporciona la retroalimentación necesaria para la mejora del curso en el siguiente.

**Descriptores:** Grupos de Investigación; Investigación; Bases de Datos Bibliográficas; Cursos de Capacitación.

**INTRODUÇÃO**

A pós-graduação em enfermagem encontra-se em franca expansão, constatada pelo aumento do número de cursos e programas, de egressos e da produtividade científica. Tais avanços, no auge dos 40 anos da pós-graduação na área de enfermagem, destacam não apenas a qualidade da produção científica dos pesquisadores enfermeiros, mas também a qualidade dos periódicos sediados no Brasil, que vem ganhando espaço no cenário internacional, projetando com maior visibilidade a enfermagem brasileira. O reconhecimento do crescimento da qualidade da pesquisa em enfermagem ainda é notório pela ampliação do número de revistas indexadas nas principais bases nacionais e internacionais e de referência para a área de enfermagem e da saúde.[1] As tecnologias de informação impulsionaram a produção de conhecimento, gerando uma explosão informacional. Na sociedade da informação e no mundo globalizado, a produção e a quantidade de informação circulante são cada vez maiores.[2] Nesse contínuo crescimento do conhecimento, desenvolvido pela pesquisa e as demandas atuais da prática baseada na evidência, têm gerado a necessidade de coletar, analisar e sintetizar o conhecimento das pesquisas realizadas previamente. Para isso, vários métodos podem ser usados na revisão de uma pesquisa, dependendo do centro de interesse da coleção e avaliação desse conhecimento de pesquisa.[3] A pesquisa bibliográfica é o processo de busca sistemática da literatura publicada, por meio da elaboração de estratégias que permitam a identificação de informações relevantes nos diversos recursos de informação disponíveis. É parte da investigação científica e um importante instrumento na educação continuada do profissional da saúde. A Internet oferece uma enorme quantidade de fontes de informação. Entender, conhecer e filtrar a informação desejada torna-se uma tarefa difícil, dessa maneira, a busca neste meio, especialmente na área de Saúde deve ser organizada e planejada para garantir um resultado eficaz que responda a necessidade de pesquisa ou informação. A realização de uma pesquisa bibliográfica requer do pesquisador conhecimentos específicos sobre as fontes de informação, entendimento de sua organização e aplicação de metodologias adequadas de busca para cada fonte ou recurso. A diversidade de fontes existentes demanda o planejamento da busca para que haja controle das estratégias realizadas e avanço na recuperação da informação. Em prol da evolução da ciência que a área da saúde busca expandir o conhecimento através das pesquisas, onde tudo é complexo e dinâmico[4]. Na universidade, tanto em nível de graduação como na pós-graduação a pesquisa faz parte da profissionalização, não se limitando a opção ou vocação, mas um importante diferencial na formação do educando, onde há substituição do treinamento por educação.[5] É através da pesquisa que o aluno se habitua a ter iniciativa em busca de novas informações adquirindo a consciência crítica e reflexiva.[6] Este estudo descreve a experiência de implantação das quatro edições do CPB: fontes de informação da área de saúde na internet.

**OBJETIVO**

Relatar as experiências vivenciadas pelos discentes e docentes no desenvolvimento das edições do Curso de Pesquisa Bibliográfica, visando enfatizar a importância da pesquisa bibliográfica para o processo de construção do conhecimento do profissional da saúde.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência do desenvolvimento das edições do CPB no qual se busca pontuar o caminho percorrido e os desafios enfrentados durante o desenvolvimento do curso. A proposta para o curso emergiu a partir da experiência de uma docente em outra instituição de ensino e da necessidade de capacitar os alunos da graduação que realizam iniciação científica e os alunos da pós-graduação para atuar nas fontes de informação à pesquisa da área da saúde. O CPB é um curso presencial, que teve como objetivo apresentar ferramentas teóricas e práticas para realizar buscas bibliográficas, identificar e recuperar a informação técnica e científica na área da saúde, explorando os recursos das diferentes bases de dados disponíveis na Internet. Este foi oferecido pelo Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS) juntamente com o Programa de Pós-graduação de Enfermagem da UFSM. As edições ocorreram nos anos de 2009, 2010, 2012 e 2013 no Auditório Gulerpe do Centro de Ciências da Saúde e na sala informatizada 361 do Centro de Tecnologia. A palestrante convidada para as quatro edições do curso foi a bibliotecária Eliana Rosa da Fonseca tendo uma excelente avaliação pelos participantes. Esta possui graduação em Biblioteconomia e Documentação pela Universidade Federal Fluminense (1999), especialização em Gestão da Informação e Inteligência Competitiva pela Universidade Estácio de Sá. Atualmente, é responsável pela Biblioteca do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e do Instituto de Doenças de Tórax, que integra o Sistema de Bibliotecas e Informação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Justifica-se a escolha deste palestrante pela experiência acumulada em pesquisas em fontes de informação na área da saúde.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O CPB foi financiado pela instituição de ensino Universidade Federal de Santa Maria e pelo grupo de pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade. A duração do curso foi de 20 horas, com aulas teóricas e aulas práticas em laboratório de informática. Geralmente o curso ocorria em quatro turnos com carga horária de cinco horas, sendo dividido em dois módulos: básico e avançado. O módulo avançado refere-se àqueles que já tinham conhecimento prévio em outras edições do curso. Cada módulo disponibilizava 40 vagas. Este curso foi proporcionado a todos os cursos de graduação da área da saúde da referida universidade, assim como também, de outras duas universidades renomadas do município. Neste sentido, o intercâmbio de informações na ciência é fundamental, através da divulgação, debate e reflexão acerca da propagação do conhecimento que produzem[7],

buscando a formação de profissionais críticos, comprometidos com transformações sociais e competentes para atuar dentro do seu campo de saber e em interação com outros saberes.[8] Os Programas de Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil vêm se desenvolvendo amplamente no decorrer das últimas décadas. Produção Científica e Pós-Graduação são co-dependentes no processo de desenvolvimento da profissão, visto que uma é fundamental para que a outra atenda às demandas da sociedade.[9] Nesta perspectiva, faz-se necessário que este crescimento venha acompanhado de qualidade, através da qualificação da equipe no desenvolvimento das pesquisas. Deixando assim, explícita a importância do ensino do uso correto das ferramentas virtuais de pesquisa, oferecido pelo CPB. O curso não apenas oportunizava uma visão geral quanto à pesquisa bibliográfica, mas também aprofundava quesitos de interesse de cada participante, por meio do atendimento individual com monitores e palestrante. A inscrição no curso era realizada eletronicamente, a partir da realização de depósito bancário na conta do curso. A cópia do comprovante deveria ser emitida via e-mail para o CPB com os dados pessoais dos inscritos. Os organizadores respondiam o e-mail realizando a inscrição solicitada. No primeiro dia do curso, realizava-se a entrega de material, uma pasta contendo a apostila do curso, uma caneta, papéis de rascunho, folder do evento e a ficha deavaliação. A ficha de avaliação trata-se de um questionário impresso entregue a cada participante do curso com perguntas quanto à organização, estrutura e conteúdo do curso, assim como também um espaço para sugestões. Esta deveria ser devolvida ao final das edições em troca do certificado de participação do curso. Essa avaliação foi essencial para que o curso pudesse se aprimorar a cada ano. O aprendizado se efetiva quando se cria possiblidades para a sua construção ou reconstrução, onde se vivencia a sensação de inacabamento.[6] As falhas foram revistas em prol de o atendimento às expectativas dos participantes e de suas demandas, assim como também quanto à estrutura e programação do curso. Quanto à estrutura refere-se ao lugar disponibilizado para o evento, a forma de divulgação e os equipamentos e materiais utilizados. Quanto à programação refere-se aos conteúdos abordados, ao período de realização do evento e os módulos disponibilizados, por esse motivo a partir da segunda edição do curso optou-se por dividir em dois módulos. A programação do curso foi composta de elementos chaves para o desenvolvimento de uma pesquisa bibliográfica. O aulão teórico foi disponibilizado para ambos os módulos sendo composto de: fundamentação teórica da pesquisa bibliográfica, terminologia em saúde, biblioteca da UFSM e bases de dados de referências e bibliografias de acesso público e controlado. O módulo básico foi composto dos seguintes assuntos: diretório de pesquisadores e currículo Lattes, apresentação da Biblioteca Virtual em Saúde, DECS, LILACS, MEDLINE/PUBMED, Portal de periódicos CAPES, Banco de teses e dissertações, Recuperação do texto completo dos documentos, Serviços personalizados das bases de dados, Avaliação de periódicos, Exercícios de fixação. Já o avançado: além de dos conteúdos básicos, incluía-se as Bases Scopus e Web of science. Durante o curso, foi possível tirar dúvidas com a bibliotecária palestrante e com os monitores presentes. Cada

módulo possuía de dois a três monitores, compostos por membros do grupo de pesquisa que já haviam realizado o curso em edições anteriores. O grau de satisfação de quem participa está diretamente ligado aos benefícios obtidos e de quanto os resultados se aproximam das expectativas, dependendo diretamente da experiência anterior acumulada.[10] Nesta ótica, destaca-se a importância da troca de experiências e conhecimentos, visto que o CPB proporcionou isso por meio interação entre discentes e docentes de diversos cursos da área da saúde. Além disso, o fato de a palestrante trabalhar em outra instituição favoreceu as discussões, enriquecendo assim a troca de experiências. No decorrer do curso, enfrentaram-se dificuldades tais como a liberação das aulas dos alunos para participar do curso. Como consequência, observou-se o absenteísmo dos participantes nos dias do curso, assim como também, relatos de pessoas interessadas que não conseguiram participar. Este fato deixa claro, que apesar do investimento realizado em programas de iniciação científica e pós-graduação, os alunos não recebem o suporte adequado para se inserirem nos mesmos, isso porque a própria estrutura curricular do curso não permite em função da carga horária das aulas. Outra dificuldade refere-se à disponibilidade de sala informatizada de tamanho apropriado na instituição de ensino para o desenvolvimento do curso. Foi necessário solicitar o reagendamento de horários de aulas com outros departamentos para que se conseguisse horário e sala na data programada. A sala agendada continha 40 computadores em funcionamento. Houve também facilidades como o apoio do grupo de pesquisa por meio de recursos humanos e também com sala equipada com equipamentos de informática, acesso a internet, telefone para que a organização do curso decorresse. Assim como também apoio do Programa de pós-graduação em Enfermagem pelo auxilio na divulgação do curso e pelo Centro de Ciências da Saúde da UFSM pelo auxilio nos recursos gráficos para divulgação. O público de participantes das edições do CPB abrangeram docentes, profissionais, mestrandos, e graduandos dos cursos de enfermagem, odontologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, medicina, farmácia, serviço social e bibliotecários da UFSM. Na avaliação da última edição o IV CPB, no ano de 2013, os participantes avaliaram o curso: 64,2% souberam do curso por email, 10% pela divulgação nos sites, 26% por contato pessoal, 2% por cartazes e 23,8% outros. 91% participaram em período integral. O tema foi avaliado como ótimo em 81,8% dos participantes e o conteúdo por 76,1%. 73% dos participantes consideraram as estratégias da palestrante ótima. Com o passar das edições o curso foi avaliado positivamente pelos participantes. Porém percebe-se que há diversos fatores a serem melhorados, que serão repensados no próximo ano na tentativa de minimizar as possíveis falhas e descontentamentos que possam ocorrer. Desta forma, avaliar o novo momento serve para reestruturar o momento anterior, aprimorando-o. Esse crescimento resulta em avanço da aprendizagem.[11]

## CONCLUSÃO

O principal resultado esperado para o curso é o aprendizado, por parte dos discentes, das habilidades para a utilização dos recursos de recuperação da informação que estão

disponíveis em formato eletrônico, além da utilização do portal da CAPES fornecido pela instituição de ensino. Além destas habilidades, que referem-se especialmente aos objetivos deste curso, há uma preocupação pontual com a qualidade e pertinência das informações obtidas, de modo que reflitam o recorte do interesse e enfoque específico de cada pesquisador. A demanda de interesse pelo curso e a avaliação positiva por parte dos discentes, docentes e servidores da instituição propicia o feedback necessário para o aprimoramento do curso nas edições seguintes. Embora os principais conteúdos do curso sejam pré-definidos, os participantes em acordo com a palestrante tem liberdade para atualizar, acrescentar ou aprofundar temas de estudo para sejam trabalhados conforme o perfil de cada turma. Além disso, o ambiente online utilizado traz uma aula interativa e dinâmica. Sendo bastante flexível e permite a incorporação da pesquisa de interesse de cada um dos participantes. Percebe-se que a atividade de pesquisa é algo pouco trabalhado desde o inicio da graduação e aumenta o desafio das instituições de ensino superior como espaço para transmissão, assimilação e produção de saberes. Na estrutura curricular dos cursos, deve-se disponibilizar carga horária suficiente para facilitar a relação ensino-pesquisa, mas seus servidores devem estar munidos de referenciais para garantir esta relação visando contribuir na formação dos discentes para pesquisa. Dessa forma, eles poderão incorporá-la como um "princípio científico e educativo" no seu cotidiano e começar a exercitar o espírito crítico e criativo, principalmente quando forem estimulados a produzir e socializar conhecimento partindo da elaboração de projetos de pesquisa, da realização de pesquisa teórica e empírica e da publicação de trabalhos científicos. Nesse sentido, se evidencia a importância de cursos como este os quais favoreçam o intercâmbio de saberes entre pesquisadores, profissionais e acadêmicos, possibilitando novas visões de modo a facilitar a interação entre ensino-pesquisa. A organização de um curso desse porte é essencial para corresponder às expectativas e demandas dos participantes e da instituição que apoia o seu desenvolvimento. Dessa forma, as dificuldades encontradas foram minimizando a cada edição do curso, porém ainda é preciso avançar em alguns aspectos como o apoio de outros departamentos da área para que o curso não se limite a apenas alguns estudantes, visto que a demanda é comum a todos. Verificou-se que o espaço da pesquisa nos serviços de saúde é ainda bastante limitado e que muitos não percebem a pesquisa como parte do seu trabalho cotidiano, mas sim como algo extra a sua função. A superação desta limitação requer não apenas iniciativa e interesse dos trabalhadores, mas também maior interesse e apoio institucional. A universidade pode assumir um papel significativo na formação das competências requeridas em projetos de pesquisa como um processo permanente de educação, impulsionando o processo de reorientação da formação dos profissionais de saúde.

**ÁREA TEMÁTICA:** Educação

**REFERÊNCIAS**

1. Scochi CGS, Munari DB, Pedreira MLG, Padilha MI, Marziale MH. A importância da qualificação dos periódicos para o avanço da produção e visibilidade da pesquisa em enfermagem. Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 251-3.

2. Savi MGM, Silva LD. O uso da informação na prática clinica na perspectiva da medicina baseada em evidências. Inf. & Soc Est., João Pessoa, 2010;20(2): 37-50.

3. Medina EU, Pailaquilén RMB. A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada na evidência em saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem jul-ago 2010; 18(4):[08 telas].

4. Minayo MCS, Delandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 32. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012. v. 1.

5. Demo P. Educar pela pesquisa. 3. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 1998.

6. Freire P. Educação e Mudança. 34ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

7. Carmo JS, Prado PST. Apresentação de trabalho em eventos científicos: comunicação oral e painéis. Interação em Psicologia. 2005;9(1):131-42.

8. Corradi-Webster CM, Carvalho AMP. Diálogos da psicologia com a enfermagem em tempos de transição paradigmática. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(4):974-80.

9. Silva MJP, Egry EY, Ângelo M, Barbosa MAM, Sousa RMC, Castilho V, et al. Produção do conhecimento em Enfermagem: da idéia da pesquisa à publicação em periódico qualificado. Rev esc enferm USP 2009; 43 (2):1347-51

10. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med. 1997; 45(12):1829-43. Comment in: Birth. 2008; 35(1): 73-6.

11. Zabalza M. O ensino universitário e seus protagonistas. Porto Alegre: Artmed, 2004.

# PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM DOCENTES DE ENFERMAGEM: PUBLICAÇÕES NO PORTAL CAPES

# HEALTH AND ILLNESS PROCESS IN NURSING FACULTY: PUBLICATIONS IN CAPES PORTAL

# PROCESO SALUD Y ENFERMEDAD EN DOCENTES DE ENFERMERÍA: PUBLICACIONES EN EL PORTAL CAPES

KIRCHHOF, Raquel Soares1
GUIDO, Laura de Azevedo2
FREITAS, Etiane Oliveira3
BUBLITZ, Susan4
BENETTI, Eliane Rieth5

1 Enfermeira, mestre, professora substituta na graduação em enfermagem da UFSM - RS. Email: rakel_kirch@hotmail.com
2 Enfermeira, doutora em enfermagem. Professor associado Universidade federal de Santa Maria - UFSM–RS. Email: guido344@gmail.com
3 Enfermeira, mestre em enfermagem. Professora substituta na graduação em enfermagem da UFSM – RS. Email: etiof@yahoo.com.br
4 Enfermeira, mestranda em enfermagem pelo programa de Pós-graduação em enfermagem da UFSM – RS. Bolsista CAPES.
5 Enfermeira, mestre em enfermagem. Enfermeira do Hospital Unimed Noroeste/RS. Email: elianeraquelr@yahoo.com.br

## RESUMO

**Introdução:** o trabalho pode propiciar prazer, desenvolvimento pessoal e social, e por vezes, causar sofrimento e adoecimento. **Objetivo:** Identificar as publicações que adotaram o processo saúde-doença do docente de enfermagem como tema de pesquisa. **Método:** revisão narrativa no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), entre agosto e setembro de 2011, atualizado em janeiro de 2013.Inclui-se estudos publicados entre 1998 e 2011, com base nos critérios de elegibilidade, 12 estudos foram selecionados. **Resultados:** houve aumento de produções sobre o tema nos últimos anos. Os trabalhos abordaram questões de saúde relacionadas à qualidade de vida, as causas de satisfação/insatisfação, prazer/sofrimento no trabalho, o estresse laboral relacionado à Síndrome de Burnout, o autocuidado, ansiedade, depressão e autoestima. **Conclusão:** os docentes estão satisfeitos no trabalho, porém a jornada e as condições de trabalho, a falta de infraestrutura interferem na qualidade de vida e de trabalho.

**Descritores:** Enfermagem; Docente; Docente de Enfermagem; Saúde Ocupacional.

**ABSTRACT**
Introduction: the work can provide pleasure, personal and social development, and sometimes cause suffering and illness. Objective: To identify the publications that have adopted the disease process of nursing faculty as research subject. Method: narrative review on the bank of theses and dissertations of the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel (CIHEP), between August and September 2011, updated January 2013.Inclui studies were published between 1998 and 2011, based on criteria eligibility, 12 studies were selected. Results: there was an increase of papers on the topic in recent years. The papers dealt with issues of health related quality of life, the causes of satisfaction/ dissatisfaction, pleasure/pain at work, work stress related to burnout syndrome, self-care, anxiety, depression and self-esteem. Conclusion: the teachers are happy at work, but the hours and conditions of work, the lack of infrastructure affect the quality of life and work.

**Descriptors:** Nursing; Faculty; Faculty, Nursing; Occupational Health.

**RESUMEN**
**Introducción:** el trabajo puede proporcionar placer, el desarrollo personal y social, y en ocasiones causar sufrimiento y la enfermedad. **Objetivo:** Identificar las publicaciones que han adoptado el proceso de la enfermedad de la facultad de enfermería como sujeto de investigación. **Método:** revisión narrativa sobre el banco de tesis y disertaciones de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (CAPES), entre agosto y septiembre de 2011, los estudios 2013.Inclui enero actualizadas se publicaron entre 1998 y 2011, con base en criterios elegibilidad, se seleccionaron 12 estudios. **Resultados:** Se observó un aumento de artículos sobre el tema en los últimos años. Las ponencias trataron temas de calidad de vida relacionada con la salud, las causas de la satisfacción / insatisfacción, placer / dolor en el trabajo, el estrés laboral relacionados con el síndrome de burnout, el autocuidado, la ansiedad, la depresión y la autoestima. **Conclusión:** los profesores son felices en el trabajo, pero los horarios y condiciones de trabajo, la falta de infraestructura que afectan la calidad de vida y de trabajo.

**Descriptores:** Enfermería; Docentes; Docentes de Enfermería; Salud laboral.

## INTRODUÇÃO

O trabalho propicia vivências de prazer, visto que é a forma pela qual o ser humano constrói sua vida e se insere no mundo. Contudo, como ele é também uma forma de sobrevivência e de realização pessoal e profissional**,** pode representar, por vezes, sofrimento[1], levar ao adoecimento e ao afastamento das atividades laborais.

Nesse contexto, tem-se a atividade docente, que é marcada por desafios e reflexos das transformações relacionadas ao trabalho[2]. Essas podem interferir na saúde dos docentes de maneira positiva e propiciar sentimentos de prazer e realizações, mas também representar sofrimento, estresse e adoecimento, com repercussão à saúde do trabalhador.

Com relação a saúde dos docentes, esta tem sido estudada desde 1960 na Europa e 1970 no Brasil[3]. No ano de 1997, em Paris, ocorreu a Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a qual determinou as condições de trabalho para os docentes de nível superior, ao reconhecer o papel decisivo dos professores do ensino superior no avanço da educação e a importância do seu contributo para o desenvolvimento da humanidade e da sociedade moderna[4].Tais determinações envolvem, entre outras, condições de ensino, trabalho, ambiente laboral, questões salariais, segurança social e saúde. Assim, deve ser permitido ao docente de ensino superior um ambiente laboral que não afete a sua saúde e segurança. Além disso, o docente deverá gozar de medidas de proteção social[4].

Nesse contexto, destacam-se os professores dos cursos de graduação em enfermagem, pois, somadas às situações anteriormente citadas, há características especiais no ensino dessa profissão, dentre elas, o contato com pessoas com alterações no seu processo saúde-doença, com a dor do outro, a morte e o desenvolvimento de atividades em instituições de saúde. Essas características podem ser percebidas como desgastantes pelos docentes de enfermagem e provocar alterações no seu processo saúde-doença. Assim, é importante conhecer, como está organizado o trabalho docente, quais as causas de prazer e sofrimento e quais os motivos que interferem na qualidade de vida e na atividade laboral do enfermeiro docente. Desta maneira, o objetivo desse estudo é conhecer a produção científica de teses e dissertações, publicadas no Banco da CAPES, que adotam o processo saúde-doença do docente de enfermagem como tema de pesquisa.

**METODOLOGIA**

Elegeu-se para o estudo uma revisão narrativa, adequada para discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico conceitual5. Para sua elaboração, seguiram-se as seguintes etapas: identificação do tema; seleção da questão de pesquisa e definição dos objetivos; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; seleção dos estudos, estabelecimento das informações a serem extraídas das teses e dissertações; análise (categorização), discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado nos estudos analisados. Esta pesquisa teve como objetivo conhecer as teses e dissertações de enfermagem sobre o processo saúde-doença do docente de enfermagem publicadas entre 1987 e 2011. Para orientar este estudo de revisão, a questão de pesquisa foi: O que se tem produzido sobre o processo saúde-doença dos docentes de enfermagem no Brasil segundo o Banco de Teses e Dissertações da CAPES?O levantamento dos estudos ocorreu em Agosto e Setembro de 2011 e foi atualizado em janeiro de 2013, utilizando-se o termo "docente de enfermagem". Para selecionar as

produções, foram verificados os títulos e os resumos de todas as teses e dissertações encontradas e escolhidas aquelas que se adequavam aos seguintes critérios de inclusão: teses e dissertações, publicadas desde 1987, data de início das publicações no portal CAPES, até 2011, que adotaram o docente de enfermagem como sujeito de pesquisa e como tema o processo saúde-doença. Excluíram-se os estudos que tiveram como sujeitos familiares e estudantes.Para a organização dos dados, foi elaborada uma planilha no Excel 2007 composta pelos seguintes itens: título, autores, ano, abordagem metodológica (quantitativa ou qualitativa), universidade onde o estudo foi desenvolvido, categoria (tese ou dissertação), estratégia de coleta dos dados, sujeitos, objetivos e resultados.Foram encontradas 414 dissertações (mestrado) e 110 teses (doutorado), que representam o universo do estudo. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, a população compôs-se de 12 pesquisas, sendo quatro teses (33,33%) e oito dissertações (64,67%). Os estudos selecionados foram organizados em um quadro (Quadro 1), contendo o ano, o título, o autor e a universidade de origem do estudo e identificados pela letra D de dissertação e T de tese, seguidos da numeração arábica em ordem crescente (D1, D2, T1, T2, sucessivamente). Os dados categóricos estão apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). Foi realizada análise temática com agrupamento empírico dos estudos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

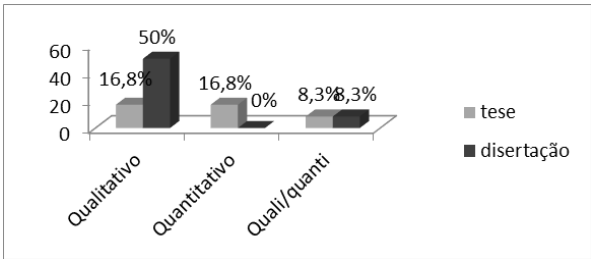
No Quadro 1, apresentam-se as dissertações e teses selecionadas no estudo.

| Código estudo | Referência |
|---|---|
| D1 | Oliveira, Carlane Souza., Buscando subsídios para cuidar de quem ensina a cuidar: Representações Sociais dos professores/supervisores de Estágio curricular em Enfermagem. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 1998. |
| D2 | Martins, Julia Trevisan. O cotidiano acadêmico de enfermeiras docentes da Universidade Estadual de Londrina - PR: um estudo sobre os sentimentos de prazer e sofrimento frente à implementação de uma mudança curricular radical [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2002. |
| D3 | Castro, Adalgiza Salete de. Percepções dos docentes de enfermagem sobre os fatores de risco à saúde causados pelo processo do trabalho. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002. |
| D4 | Mulato, Sabrina Corral. O docente universitário em enfermagem e a Síndrome de Burnout: uma questão de educação para a saúde. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008. |
| D5 | Soares, Raquel Juliana de Oliveira. Atitudes e práticas do docente de enfermagem sobre o cuidar de si na perspectiva da saúde do trabalhador. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008. |
| D6 | Cavalcante, Lousana Bioni. Características pessoais e institucionais e comportamentais de autocuidado de docentes de enfermagem segundo os modos adaptativos de Roy: estudo em Instituições Públicas do Estado Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009 |
| D7 | Ferreira, Elaine Maria. Satisfação profissional do enfermeiro docente no ensino superior de enfermagem. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010. |
| D8 | Menezes, Ana Beatriz de Alcantara. Qualidade de vida no trabalho do docente de enfermagem num contexto militar.[dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011. |
| T1 | Rocha, Sandra de Souza Lima. Qualidade de vida no trabalho em enfermagem: percepção de enfermeiros docentes de uma universidade pública. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002. |
| T2 | Ebisui, Cássia Tiêmi Nagasawa. Trabalho docente dos enfermeiros e a Síndrome de Burnout: desafios e perspectivas. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008. |
| T3 | Gonçalves, Ana Sofia Resque. Prazer e sofrimento no trabalho de docentes da saúde em Universidade Pública da Região Amazônica. [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010. |
| T4 | Terra, Fábio de Souza. Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de enfermagem de universidades pública e privada. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011. |

Quadro 1- Relação dos estudos selecionados segundo código e referência.

Ao analisar o ano de publicação, a primeira pesquisa foi apresentada em 1998 (D1).

Verificou-se que os estudos foram intensificados entre os anos de 2002 e 2011, com destaque para os anos de 2002 (D2, D3, T1) e 2008 (D4, D5, T2) com 25% do total de trabalhos cada. Em relação à abordagem metodológica utilizada, destacou-se a qualitativa, em 66,67% dos estudos (D1, D3-6, D8, T2, T3), como pode ser visto no Gráfico 1.




Fonte: Banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, 2013.

**Gráfico 1:** Abordagens metodológicas utilizadas em teses e dissertações sobre o docente de enfermagem e o processo saúde-doença, 1998-2011.

A abordagem quantitativa esteve presente em duas dissertações e os estudos com abordagem quali/quanti ocorreram em menor quantidade, tanto em tese quanto em dissertações. O predomínio de pesquisas com abordagem qualitativa justifica-se na medida em que se compreendem as questões norteadoras das pesquisas, sendo adequada para a obtenção dos objetivos.

Os estudos foram desenvolvidos em cinco programas de pós-graduação, com predomínio da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP), com 33,3% das pesquisas (D2, D4, T2, T4), seguido pelos programas de pós-graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (D1 e D5, D8) com 25%, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (D3e T3) e Universidade de São Paulo (USP) (D7e T1) com 16,7% de pesquisas cada, e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) com 8,3% das pesquisas (D6). Essa evidência pode estar relacionada à presença de centros de pesquisa já consolidados nas instituições dessa região, as quais também concentram os cursos de pós-graduação.

Dentre os sujeitos de pesquisa, os docentes de enfermagem estão apresentes, exclusivamente, em 91,7% dos estudos. Os outros 8,3% tiveram, além dos docentes de enfermagem, docentes de outras áreas, tais como odontologia, nutrição, farmácia e medicina (T3).

Quanto aos instrumentos para a coleta de dados, verificou-se que 40% dos estudos utilizaram a entrevista semiestruturada como parte da coleta de dados (D1, D7, T2, T3, T4), 40% utilizaram outras técnicas tais como: Escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho (EPST), Instrumento e questões abertas, Círculos de Cultura de Paulo Freire, Pesquisa-ação (D2, D3, D5, D8) e 20% utilizaram questionário (D4, D6) e um estudo utilizou a Entrevista (T1). O uso deentrevistas, seguido do questionário, tanto na forma combinada quanto individual, foi identificado como as técnicas mais utilizadas em artigos científicos da área da saúde, em um artigo de revisão[6].

A escolha dessas técnicas é fundamental para a pesquisa, pois os instrumentos utilizados precisam oferecer informações úteis e de qualidade[6], visto que devem possibilitar o alcance dos objetivos da pesquisa. A análise temática dos estudos selecionados permitiu a

identificação de cinco subgrupos de estudos: Trabalho docente – Prazer/Sofrimento e Satisfação/Insatisfação no trabalho docente (D2, D7, T3); Síndrome de Burnout (D4, T2); Qualidade de Vida no Trabalho (D8, T1); Autocuidado e o Cuidado de si (D1, D3, D5, D6) e Ansiedade, Depressão e Autoestima (T4).

**TRABALHO DOCENTE - Prazer/ Sofrimento e Satisfação/ Insatisfação**

O prazer e o sofrimento no trabalho, bem como o que causa satisfação e insatisfação no docente, foram avaliadas em 30% dos estudos (D2, D7, T3).

Pesquisas evidenciam que os cenários locais e as condições de trabalho e saúde vivenciadas pelos professores nas universidades brasileiras possibilitam a visualização desses aspectos, o que colabora para a composição de um quadro geral sobre a temática. Assim, conhecer a dinâmica de ocorrência do desgaste na situação de trabalho poderá viabilizar as medidas de prevenção necessárias[7].

Em uma dissertação (D2), foi avaliada a repercussão da implementação de um novo currículo pelos docentes. Entre os achados desse estudo, tem-se que a implementação não representou sofrimento para os mesmos, porém o não reconhecimento do trabalho a ser executado representou sofrimento.

Outra dissertação (D7) identificou que gostar de ensinar, a necessidade de buscar conhecimento, trabalhar diretamente com os alunos, a relação professor-aluno e a realização pessoal foram apontadas por uma população de docentes de enfermagem como motivos de satisfação no trabalho. Já a insatisfação estava relacionada a questões político-sociais, à gestão, ao déficit de conhecimento do aluno ingressante, à valorização da pesquisa em detrimento ao ensino de graduação, à sobrecarga de trabalho, baixos salários, além da instabilidade no emprego.

O trabalho pode levar ao desgaste físico e psíquico, causar sofrimento e sentimento de insatisfação. Por outro lado, ele possibilita o processo de formação do indivíduo, em sua produtividade técnica, política, cultural, estética e artística[1]. Tais aspectos podem ser fontes de prazer e satisfação.

Em uma tese foi identificado que os sentimentos que causaram prazer foram a profissão docente, o relacionamento com os alunos e os resultados positivos do trabalho realizado (T3). Os aspectos que causaram sofrimento foram: a remuneração, a precariedade da infraestrutura em relação às demandas da docência e as relações interpessoais conflituosas, especialmente com os colegas.

Observa-se que a relação professor/aluno foi mencionada como prazerosa. Isso vem ao encontro de outro estudo em que os docentes também avaliaram essa relação como positiva. Isso porque na medida em que os docentes sentem-se comprometidos com a construção do conhecimento, o aluno retorna na forma de confiança, compromisso e interesse[8].

Observa-se que as características do processo de trabalho docente podem representar prazer e satisfação ou sofrimento e insatisfação. Acredita-se que a percepção dessas características pelos docentes depende da sua realização pessoal, das experiências vivenciadas anteriormente e do ambiente de trabalho.

**SÍNDROME DE BURNOUT**

Burnout é considerada uma síndrome psicológica que resulta de uma resposta prolongada a estressores interpessoais crônicos do trabalho[9]. Ao investigar os docentes de enfermagem do ensino técnico (T2), um estudo encontrou 15,3% destes com alto risco para Burnout, 38,5% em médio risco e 43,1% em baixo risco de desenvolver Burnout. Além disso, esse estudo identificou, como estressores no trabalho, a supervisão prática e o relacionamento interpessoal, que de acordo com estudo, o desenvolvimento de atividades assistenciais durante o ensino da prática discente pode ser percebido como estressor[10].

Outro estudo (D4) verificou que os docentes perceberam suas carreiras como importante, apesar de a terem considerado desgastante. O trabalho representou satisfação devido às honrarias e ascensões, bem como, com a realização de atividades de orientações junto aos alunos. Porém, existe insatisfação devido ao excesso de trabalho, de reuniões e de responsabilidades. Os docentes buscaram lazer e terapias para aliviar as tensões e reconheceram sinais característicos da SB sem saber que esses retratavam tal síndrome (D4).

A escolha da profissão equivocada, problemas pessoais, mudanças drásticas, perdas e desilusões, doenças crônicas pessoais ou na família, falta de preparo e competência para atuar profissionalmente, reduzido apoio social, falta de atividades de lazer e afastamento da família pelo excesso de trabalho, podem levar ao Burnout[11].

Sabe-se que a cronificação do estresse no trabalho pode levar ao desenvolvimento da SB. Assim, identificar os estressores no trabalho do docente de enfermagem possibilita facultar a escolha de estratégias adequadas para o enfrentamento do estresse e com isso amenizar os casos de Burnout.

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO**

A qualidade de vida no trabalho (QTV) interfere na vida das pessoas à medida que pode definir aspectos vitais, status e identidade pessoal. Nesse sentido, o trabalho deve ser realizado em condições que propiciem a saúde, o equilíbrio físico e psicoemocional e, consequentemente, o bem-estar do indivíduo[12].

A QVT abrange aspectos de subjetividade e multidimensionalidade. A primeira se refere à autoavaliação do indivíduo sobre sua condição pessoal nas diferentes esferas vinculadas à qualidade de vida e a segunda se relaciona às dimensões física, psicológica, relacionamento social e ambiente[13].

Dos resultados encontrados, um estudo (T2) abordou a qualidade de vida no trabalho dos docentes de enfermagem. Nesse, evidenciou-se que a remuneração e o relacionamento interpessoal se apresentam como fatores negativos para a Qualidade de Vida no Trabalho. Ainda, a situação econômica do professor tem ocasionado distorções salariais, o que leva à insegurança e incertezas devido à ausência de uma política coerente.

Além disso, o regime de trabalho, seguido pela relação teoria/prática, interferência na vida familiar e aspectos pedagógicos se apresentaram como desgastantes e influentes para a QVT. A mesma pesquisa (T2) apontou, como condições potencializadoras dessa qualidade,

o investimento na capacitação docente, seguido pelo perfil da instituição e pelo relacionamento profissional.

Destaca-se que o desempenho do trabalhador é influenciado pelas variáveis de qualidade de vida e de saúde no trabalho, tanto em aspectos do comportamento pessoal quanto profissional[14].

Em pesquisa realizada com docentes de um curso de Enfermagem no noroeste do estado de São Paulo, os docentes revelaram que o fato de ter dois tipos de regime contratuais causou descontentamento e insatisfação nos profissionais com relação às diferenças de salário e de reconhecimento, o que interfere na saúde física, mental e na atuação profissional[14].

Além disso, a QVT tem relação com o estresse, o que foi evidenciado em um estudo, que considerou estresse como uma das principais causas de problemas de saúde[15]. Assim, tem-se que a QVT, por vezes, diminui diante de determinadas situações tais como: condições ambientais de trabalho, jornada de trabalho excessiva e condições salariais. Essas podem levar ao estresse e, por consequência, ao adoecimento.

**AUTOCUIDADO E CUIDADO DE SI**

O autocuidado do docente foi estudado em três pesquisas (D1, D5, D6). O cuidar de si deve ser estimulado ao enfermeiro, não só para propiciar aos outros um cuidado mais consciente e seguro, mas também para proporcionar um nível satisfatório de cuidado de si, no que se refere à saúde do trabalhador16.O primeiro estudo encontrado nessa revisão foi uma dissertação de 1998 que abordou a questão do cuidado a quem o ensina. Os resultados dessa dissertação apontaram, por meio das representações sociais, três categorias: Ensinar a cuidar, Supermeira e Estresse. (D1).

Outra pesquisa (D5) identificou que o professor apresenta dificuldades em cuidar de si devido à demanda de trabalho, a qual é executada, em grande parte, fora da instituição na qual trabalha.

Pesquisa desenvolvida no Rio de Janeiro (D5) com objetivo de analisar a percepção dos professores sobre o cuidar de si para sua saúde e prática docente obteve, como resultados, três categorias: Conhecimento sobre Cuidar de si; Atitudes sobre o Cuidar de si; Práticas de Cuidado de si. Os professores tinham conhecimento sobre o cuidado, mas se observou que direcionam mais este cuidado ao outro do que a si. A promoção da vida por meio de comportamentos saudáveis em docentes de enfermagem foi avaliada segundo os Modos Adaptativos de Roy (D6). Identificou-se que os docentes utilizam os saberes sobre o cuidar em benefício próprio e, com isso, promovem o bem-estar com qualidade. Além disso, a interdependência poderia ser conquistada pelos sujeitos, uma vez que o enfrentamento de suas atividades profissionais, paralelo ao viver pessoal, pode ser motivo de satisfação no trabalho (D6).

Outro estudo analisou o conhecimento que os docentes de enfermagem possuíam sobre os fatores de risco à sua saúde durante o exercício de suas atividades laborais. Os dados obtidos resultaram em três categorias: fatores institucionais, fatores ambientais e fatores

pessoais. Observou-se que os docentes têm pouco conhecimento sobre os riscos e agravos à saúde causados pelo seu processo de trabalho (D3).

Os estudos apontaram que os enfermeiros docentes tinham conhecimentos sobre o cuidado, porém o autocuidado ficou prejudicado à medida que ele utilizou esse conhecimento com os outros e não consigo. Além disso, os riscos ocupacionais, principalmente relacionados ao ambiente de trabalho, não são muito conhecidos ou não foram considerados pelos docentes. Por outro lado, o docente de enfermagem buscou ter um comportamento saudável, como não fumar e evitar ingerir bebidas alcoólicas, na busca pelo seu bem-estar.

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E AUTOESTIMA**

Integrando as questões de saúde-doença, um estudo avaliou ansiedade, depressão e autoestima em docentes de enfermagem de universidade pública e privada (T4). A ansiedade pode ser considerada como uma resposta psicofisiológica à ameaça do autoconceito, caracterizada por sentimentos subjetivos de apreensão, percebido pela consciência, além de atividade do sistema nervoso autônomo[17].

No estudo realizado com docentes de enfermagem de universidade pública e privada, encontrou-se que a maioria apresentou ansiedade mínima além de ausência de depressão e autoestima alta (T4). Ainda assim, alguns sujeitos foram classificados com ansiedade e depressão que variaram de leve a grave, bem como, autoestima baixa a moderada (T4). O que implica em alterações na saúde dos docentes. Nesse sentido, um estudo realizado com docentes de enfermagem de uma instituição superior concluiu que 42,4% da amostra apresentou sintomatologia de depressão e que esta causa impacto não só econômico, mas também social e profissional[18].

Em uma revisão sistemática da literatura acerca da depressão em profissionais enfermeiros, foram encontrados vários fatores associados à depressão, os quais foram subdivididos em fatores desencadeantes internos e externos ao ambiente de trabalho, consequências para o trabalhador e/ou instituição hospitalar e estratégias de prevenção[19]. Dentre eles, pode-se citar organização do trabalho, características sociodemografias e pessoais, desgaste/tensão no trabalho, absenteísmo entre outros[19]. Nesse sentido, o indivíduo com quadro depressivo pode ter sua autoestima alterada.

A autoestima pode ser considerada como um juízo pessoal de valor que o sujeito tem de si[20]. Assim, pode-se afirmar que o sucesso de um indivíduo frente a um desafio dependerá de seu estado emocional relacionado à qualidade da autoestima, bem como de seu nível de confiança[20].

Assim, a partir do momento que uma pesquisa encontra níveis de baixo a moderado de autoestima em sua população, ainda que em pequena parcela desta (T4), pode-se inferir que esses docentes tiveram alterações em sua saúde, bem como podendo chegar a doenças, tais como a depressão.

Nesse sentido, é necessário que o docente utilize seu conhecimento para cuidar da sua saúde, haja vista que seu processo de trabalho é permeado por situações de desgaste físico e emocional.

**CONCLUSÕES**

Os estudos evidenciam que os docentes estão satisfeitos no trabalho, porém consideram que a jornada de trabalho, a falta de infraestrutura e as condições de trabalho são desgastantes e interferem na qualidade de vida no trabalho. Além disso, observou-se que os docentes têm conhecimento sobre o autocuidado, porém, nem sempre aplicam às suas realidades. Outro aspecto relevante é a Síndrome de Burnout, já manifestada ou em curso entre os docentes, o que demonstra a necessidade de promover a reflexão sobre o processo de trabalho e desenvolver intervenções para amenizar o desgaste físico e mental, bem como melhorar as condições ambientais e a jornada de trabalho, relatados como de maior desgaste. Evidencia-se que o estresse não foi estudado em nenhum dos estudos encontrados. Contudo, identificou-se que questões relacionadas ao estresse no ambiente de trabalho emergiram nos resultados encontrados pelas pesquisas. Assim, salienta-se a necessidade e importância de estudar estresse junto aos docentes de enfermagem.

**Área temática:** Educação

**REFERÊNCIAS**

1 Martins JT, Robazzi MLCC, Bobroff MCC. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(4):1107-11.

2 Cruz RM, et al. Saúde docente, condições e carga de trabalho. Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID). 2010: 147-160.

3 Vieira HP. Estresse ocupacional, Síndrome de Burnout e *Hardiness* em professores de Colégio Militar, 2007. 121f. Dissertação (mestrado em Psicologia). Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande (MS), 2007.

4 UNESCO. Recomendação de 1997 da UNESCO relativa ao Estatuto de Pessoal do Ensino Superior, 2008.

5 Rother ED. Revisão sistemática X revisão narrativa [editorial]. Acta Paulista de enfermagem. 2007; 20(2):vi.

6 Nascimento EM, et al.Técnicas de coleta de dados utilizadas em artigos científicos da área da saúde. Arq Ciênc Saúde Unipar. Umuarama, 2007;11(1):39-44.

7 Lima MFEM, Lima-Filho DO. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a Ciências & Cognição. 2009; 14(3):062-082. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org.>

8 Ferreira EM. Prazer e sofrimento no processo de trabalho do enfermeiro docente. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(Esp 2):1292-6.

9 Maslach C. Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*. 2009;11(32):37-43.

10 Miranda LCS, Pereira CA, Passos JP. O estresse nos docentes de enfermagem de uma Universidade Pública. Rev. de Pesq.: Cuidado é Fundamental Online. 2009;1(2):335-344.

11 Reinhold HH. O Burnout. In: LIPP, M. E. N (Org.) O stress do professor. Campinas: Papirus, 2006, p 63-80.

12 Stumm EMF, et al. Qualidade de vida, estresse e repercussões na assistência: equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Revista Textos & Contextos. Porto Alegre. 2009; 8(1):140-155.

13 Servilha EAM, Roccon PF. Relação entre voz e qualidade de vida em professores universitários. Rev. CEFAC. 2009;11(3).

14 Magalhais LCB, Yassaka MCB, Soler ZASG. Indicadores da qualidade de vida no trabalho entre docentes de curso de graduação em enfermagem. Arq Ciênc Saúde. 2008;15(3):117-24

15 Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev Latino-am Enfermagem. 2006; 14(4):517-25.

16 Soares RJO; et al. Fatores facilitadores e impeditivos no cuidar de si para docentes de enfermagem. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2010;20(4): 758-65.

17 Carvalho R, Farah OGD, Galdeano LE. Níveis de ansiedade de alunos de graduação em enfermagem frente à primeira instrumentação cirúrgica. Rev. Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto. Nov – Dez 2004; 12(6):918-23.

18 Pereira BS, Lalanda CG, Antunes JD, Moura MC, Chendo MI. Depressão em Professores. Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Lisboa, 2008; 10(4):10-18.

19 Manetti ML, Marziale MHP. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de Enfermagem. Estudos de Psicologia. 2007;12(1):79-85.

20 Assis SG, Avanci JQ, Silva CMFP, Malaquias JV, Santos NC, Oliveira RVC. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2003 [citado 2013 Jan 23];8(3):669-679. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300002&lng=pt. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300002

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# EVENTOS ADVERSOS NA ENFERMAGEM RELACIONADOS À OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: REVISÃO NARRATIVA

# ADVERSE EVENTS IN NURSING RELATED TO THE OCCURRENCE OF PRESSURE ULCERS: NARRATIVE REVIEW

# EVENTOS ADVERSOS EN ENFERMERÍA RELACIONADO COM LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN: REVISIÓN NARRATIVA

ARBOIT, Jaqueline1
ARBOIT, Éder Luís2
BOTH, Juliane Elis3
PERRANDO, Miriam da Silveira4
SILVA, Luiz Anildo Anacleto da5
CAMPONOGARA, Silviamar6

1Acadêmica do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem UFSM. E-mail: jaqueline.arboit@hotmail.com.
2Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGenf- UFSM, Especialista em Educação Profissional na área da Saúde: enfermagem, Saúde Coletiva e da Família; Terapia Intensiva e Gestão Hospitalar.
3Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, PPGenf- UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
4Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva. Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem PPGEnf. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
5Enfermeiro, Doutor em Enfermagem PEN/UFSC. Docente Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões.
6Enfermeira, Doutora em Enfermagem; Docente do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

**RESUMO:** este estudo tem como objetivo conhecer e analisar os eventos adversos relacionados à ocorrência de úlceras de decúbito publicada nos principais periódicos de enfermagem. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva tipo revisão narrativa da literatura realizada no período de 2002 a 2011. Foram analisadas 14 publicações conforme critérios de inclusão. A ocorrência de eventos adversos é multicausal, estando relacionada a vários fatores como mobilidade prejudicada, nutrição inadequada, técnica ineficiente na realização de mudança de decúbito e curativos, umidade, fricção e cisalhamento da pele, dentre outros fatores que podem contribuir para o surgimento destas lesões. Estudos como este revelam que estes eventos adversos estão intimamente relacionados à forma de organização do trabalho e, de forma especial, a não

sistematização da assistência de enfermagem. Desse modo, há necessidade de revisão dos processos de trabalho afim de uma sistematização da assistência visando uma cultura de maior segurança ao usuário, familiares cuidadores e profissionais.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Avaliação em Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

**ABSTRACT:** this study aims to understand and analyze adverse events related to the occurrence of decubitus ulcers published in major nursing journals. This is a qualitative research, and descriptive type narrative review of the literature from 2002 to 2011. We analyzed 14 publications as inclusion criteria. The occurrence of adverse events is multifactorial, being related to several factors such as impaired mobility, inadequate nutrition, inefficient technique in delivering change and healing of decubitus, moisture, friction and shearing of the skin, among other factors that may contribute to the emergence of these injuries. Studies like this indicate that these adverse events are closely related to the form of work organization and in a special way, not to systematization of nursing care. Thus, there is a need for revision of work processes in order for a care system towards a culture of greater security to the user, family and professional caregivers.

**DESCRIPTORS:** Nursing; Nursing Assessment; Nursing Care.

**RESUMEN:** este estudio tiene como objetivo comprender y analizar los eventos adversos relacionados con la aparición de úlceras por decúbito publicados en revistas de enfermería más importantes. Esta es una investigación cualitativa, descriptiva y revisión narrativa de tipo de la literatura desde 2002 hasta 2011. Se analizaron 14 publicaciones como criterios de inclusión. La ocurrencia de eventos adversos es multifactorial, siendo relacionado con varios factores tales como problemas de movilidad, nutrición inadecuada, técnicamente ineficiente en la prestación de cambio y sanación de decúbito, la humedad, la fricción y el cizallamiento de la piel, entre otros factores que pueden contribuir a la aparición de estas lesiones. Estudios como éste demuestran que estos efectos adversos están estrechamente relacionados con la forma de organización del trabajo y, en particular la falta de sistematización de los cuidados de enfermería. Por lo tanto, la necesidad de una revisión de los procesos de trabajo para que un sistema de atención hacia una cultura de mayor seguridad a los cuidadores del usuario, familiares y profesionales.

**DESCRIPTORES:** Enfermería; Valoración de enfermeira; Enfermería.

**INTRODUÇÃO:** O enfermeiro tem papel fundamental enquanto integrante da equipe de saúde e compete a ele a responsabilidade técnica pela assistência prestada ao paciente, tanto aquela executada por ele próprio como aquela por ele prescrita e realizada pela equipe de enfermagem. Para isso, necessita ter amplo conhecimento clínico e da Sistematização da

Assistência de Enfermagem, domínio e habilidade técnica, tendo em vista a realização de uma assistência qualificada. Vale ressaltar que estes requisitos são ainda mais importantes quando se trata de setores hospitalares, em que as atividades neles desenvolvidas são consideradas complexas. Neste sentido, um cuidado que merece atenção especial da equipe de enfermagem e principalmente do enfermeiro, diz respeito à prevenção das úlceras de decúbito. Esses eventos adversos podem ocorrer por fatores diversos, e neste sentido, a sistematização da assistência de enfermagem é preponderante, principalmente na avaliação e prescrição de cuidados em pessoas em situação de fragilidade, em especial naquelas com restrição de mobilidade e idade avançada, nutrição inadequada e outros fatores que contribuem para o surgimento das úlceras. Assim sendo, as úlceras de pressão são definidas como áreas de necrose tissular, as quais tendem a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido, entre uma proeminência óssea e uma superfície externa, por longo período de tempo. Seu aparecimento dá-se a partir de dois determinantes etiológicos críticos: a intensidade e a duração da pressão. Existem, ainda, os fatores extrínsecos e intrínsecos como: fricção, cisalhamentos, umidade, redução e/ou perda da sensibilidade e força muscular e imobilidade[1]. Desse modo, a organização da enfermagem na realização da assistência à saúde aos usuários, visa a implementação de cuidados de forma a minimizar os riscos, onde a prevenção da ocorrência das úlceras de pressão é mais do que um objetivo a ser atingido por todos os profissionais da área de saúde, é um compromisso da própria formação profissional[2]. Desse modo, nas instituições que prestam assistência a saúde e em particular, os serviços de enfermagem vêm buscando atingir níveis cada vez mais altos de excelência no atendimento, visando proporcionar assistência livre de riscos e danos ao paciente[3]. Alguns fatores de risco têm sido confirmados como preditivos para o desenvolvimento de úlcera de decúbito, condição que impõe sobrecarga física, emocional e social para o paciente e família e concorre para a piora da qualidade de vida e aumento dos custos para os serviços de saúde, à medida que resulta em maior tempo de hospitalização e índice de morbidade e mortalidade[4]. O enfermeiro, sendo um dos responsáveis pelos cuidados ao paciente portador de ferida, vem buscando estratégias de prevenção, avaliação e tratamento para o controle e abordagem desta, visando promover condições que favoreçam uma cicatrização eficaz, sem maiores complicações ou comprometimentos. O acesso a recursos materiais adequados, treinamentos específicos e ao desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar são fatores indispensáveis para que possam ser viabilizadas as condições necessárias para o estabelecimento de condutas terapêuticas eficazes neste processo[5]. Alguns termos têm sido utilizados como sinônimos de eventos adversos sendo eles: ocorrências de eventos iatrogênicos; erros de enfermagem; ocorrências, reações, complicações iatrogênicas, iatrogenias, doença iatrogênica e falhas. Entretanto, embora diferentes denominações, estas de uma forma ou de outra, são definidas como eventos indesejáveis, não intencionais, de natureza danosa ou prejudicial ao paciente, comprometendo sua segurança, consequente ou não de falha do profissional envolvido[6]. Na verdade, esses eventos reduzem ou tem potencial para reduzir a segurança na assistência

aos pacientes[7]. Enquanto iatrogenias são eventos reais na prática cotidiana da enfermagem capazes de gerar preocupação, insegurança e sofrimento aos profissionais, e danos reais a vida do paciente/cliente. Diante desse contexto, é preciso lembrar que uma assistência qualificada, precisa estar organizada de forma a prevenir danos aos pacientes, necessitando de profissionais em quantidade suficiente e devidamente instrumentalizados para o cuidado. Neste sentido, o controle e o monitoramento dos eventos adversos têm sido considerados importantes indicadores de resultado da qualidade dos serviços de saúde e da assistência prestada. Embora indesejáveis, esses eventos são constantemente observados na prática assistencial e precisam ser considerados no planejamento dos processos de trabalho. O número insuficiente de profissionais de enfermagem têm afetado negativamente a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, resultando em maior risco de eventos adversos como erros de medicação, infecção relacionada à assistência à saúde, retirada não programada de sondas, drenos e cateteres, técnica inadequada na realização dos curativos, dentre outros[8]. Diante da ocorrência de úlceras de pressão algumas recomendações são essenciais para a prevenção e acompanhamento tais como: elaboração de um programa de prevenção que inclua medidas higiênico-dietéticas, reposicionamentos, utilização de superfícies de suporte à pressão, colchões, coberturas protetoras (películas e óleos), curativos e antibióticos; no tocante aos profissionais de saúde[1]. Compreende-se que um estudo desta natureza propiciará maior embasamento para a prática, visto que o conhecimento das produções científicas no campo da saúde, proporciona maior visibilidade ao que está sendo produzido e publicado sobre os eventos adversos na enfermagem, discorrendo sobre as características dessa produção, considerando sua colaboração e apontamentos para direcionar a prática assistencial e, subsidiando os profissionais de saúde, dentre esses os enfermeiros, em suas intervenções junto aos usuários e sua família. Assim, delineou-se a seguinte pergunta de pesquisa: "O que tem sido produzido a nível nacional, sobre os eventos adversos na assistência de enfermagem no Brasil, relacionados à ocorrência de úlceras de decúbito, nos últimos dez anos? **Objetivos:** Descrever e analisar a produção científica nacional de enfermagem referente aos eventos adversos no Brasil, dos últimos dez anos, relacionados à ocorrência de úlceras de decúbito.

**METODOLOGIA:** Para o alcance do objetivo deste estudo torna-se necessário um estudo do tipo revisão narrativa da literatura, visto que ela possibilita a aquisição e atualização de conhecimento sobre um determinado tema em curto período de tempo; no entanto, não possui metodologia que viabilize a reprodução dos dados e nem traz respostas quantitativas para determinados questionamentos[9]. Para a operacionalização desta revisão narrativa foram seguidos os seguintes passos: identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão narrativa e, por fim, a interpretação dos resultados e apresentação da revisão. O levantamento bibliográfico foi realizado nos meses de janeiro e fevereiro de

2012. Os artigos foram pesquisados em cinco periódicos classificados como "A1, A2 e B1" sendo eles: Revista Latino Americana de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Acta Paulista de Enfermagem, Revista Texto e Contexto Enfermagem e Revista Gaúcha de Enfermagem. Para a pesquisa, foram usados os seguintes descritores: eventos adversos, iatrogenias, úlceras por pressão. Como critérios de inclusão, foram elencados: ser artigo original, ter resumo completo disponível em suporte eletrônico, ser publicado em português, tratar do objeto de estudo desta revisão narrativa, estar disponível na íntegra, em formato eletrônico e ter sido publicado nos últimos dez anos. A justificativa para esse recorte temporal baseou-se na velocidade do acréscimo das informações veiculadas em mídias informatizadas, razão pela qual considerou-se que esse período seria adequado para a análise da tendência das publicações. A segunda fase do estudo se constituiu na leitura dos textos na íntegra e realizou-se a análise documental destes. Para isso, elaborou-se uma ficha em que foram caracterizados os artigos por meio das seguintes variáveis: identificação dos autores (profissão e titulação máxima); identificação da pesquisa (título do periódico, região de procedência da produção, ano de publicação, título do artigo, tipo de estudo (revisão da literatura; reflexão teórico/prática; relato de experiência; pesquisa/investigação); natureza do estudo, entendida como a classificação da produção científica referente à ênfase ou foco (área temática) essência do estudo ou destaque do conteúdo[10]. Foram selecionados um total de 4.209 artigos, e após uma leitura mais minuciosa reduziu-se para 232 artigos e após novo refinamento dos dados foram elencados 14 publicações conforme critérios de inclusão.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os artigos foram pesquisados em cinco periódicos sendo eles: Revista Latino Americana de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Acta Paulista de Enfermagem, Revista Texto e Contexto Enfermagem e Revista Gaúcha de Enfermagem. Identificando periódico, autoria, ano de publicação, região em que foi realizado e tipo de estudo, tema, objetivos e principais resultados. A leitura nos mostra que ocorrência de eventos adversos é multi-causal, podendo estar relacionada ao dimensionamento dos profissionais, estrutura física, formação e qualificação profissional, qualidade dos materiais e equipamentos disponíveis nos serviços de saúde, acesso a novas tecnologias e informação, dentre outros fatores que podem contribuir para a ocorrência dos eventos adversos e/ou iatrogenias. Em razão da amplitude da temática optou-se neste estudo enfatizar a questão dos eventos adversos relacionados a ocorrência de úlceras de decúbito, assim foi realizada a leitura das publicações na íntegra com vistas a analisar as informações pertinentes a temática. Esta, representa uma fase da pesquisa que tem por função, esclarecer o leitor acerca das respostas que surgiram da pesquisa em relação ao tema e problema levantados, constituindo-se no resultado de um conjunto de outras etapas que a antecederam. Ao analisar a distribuição dos periódicos nota-se a Revista Brasileira de Enfermagem publicou seis artigos o que equivale a 42,86%, seguido das revistas Acta paulista de Enfermagem e Revista Latino Americana de Enfermagem que publicaram três

artigos em cada uma delas o que equivale a 21,42% e as revistas Texto e Contexto Enfermagem e Gaúcha de Enfermagem com um artigo em cada uma, o que equivale a 7,15%. Quanto ao perfil dos autores tomou-se por base o primeiro autor da publicação, observa-se que 57.14% (8) artigos foram produzidas no meio acadêmico por professores universitários, 28,56% (4) por enfermeiros, um artigo foi produzido por outro profissional 14,30%. No quesito titulação dos autores, seguido o mesmo padrão de avaliação, percebe-se que 35,71% (5) artigos foram publicados por mestres, seguido dos doutores com 28,57% (4) artigos. Estudos elaborados por especialistas representaram 14,30% (2) artigos, e as categorias pós doutor graduado e acadêmico produziram 7,15% (1) artigo em cada uma delas. Ao se avaliar a procedência das publicações, nota-se que 35,74% são provenientes da Região Sudeste. Quanto ao ano das publicações observa-se que o tema foi abordado com maior ênfase o ano de 2009 e 2011. No quesito abordagem dos estudos observa-se que 64,28% são de caráter quantitativo. No que se refere a tipologia, 42,86% dos estudos são descritivos,e quanto a natureza e tendência ,100% foram caracterizados como clínico-epidemiológico e preventivas. Em relação à distribuição dos temas abordados nas publicações no período de 2002 a 2011, aparece com especial destaque s temáticas referentes a escalas de avaliação somam 35,72% os índices de prevalência e incidência perfazem um total de 28,58%. Na sequência os temas relacionados avaliação e assistência totalizam 21,42 % e 14,28% respectivamente. Em alguns países, como o Brasil, é permitido ao técnico e ao auxiliar de enfermagem prestar cuidados diretos aos pacientes, sob a supervisão do enfermeiro. Essa assistência inclui tarefas que vão desde higienização, alimentação, curativos até a administração de medicamentos prescritos, inclusive por via endovenosa. Além disso, normalmente o quantitativo destes profissionais é, muitas vezes, superior ao número de enfermeiros. Assim, os enfermeiros, além de supervisionarem os profissionais de nível médio, avaliam as necessidades dos pacientes, desenvolvem o plano de cuidados e realizam procedimentos de maior complexidade, como inserção de sonda enteral e vesical[11] e , essa forma de organização dos serviços de enfermagem, podem aumentar os erros relacionados à assistência, promovendo maior índice de eventos adversos. Estudo realizado em instituições de longa permanecia para idosos no estado de Minas Gerais no ano de 2007 revela que a situação de mobilidade prejudicada mostrou-se comum dos fatores mais importantes para a ocorrência das úlceras de decúbito. A multi-causalidade dessas lesões apontam que as alterações na percepção sensorial decorrentes do emprego de medicamentos de uso contínuo, as doenças de caráter urinárias, que concorrem para o comprometimento da umidade e aparecimento da fricção e cisalhamento[6]. Assim sendo, os pacientes que apresentam risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão podem ser identificados precocemente através da avaliação nutricional, incluindo os dados bioquímicos, mensurações antropométricas, sinais clínicos, história dietética e gasto energético. As alterações são mais frequentes em pacientes idosos, hospitalizados, portadores de doenças crônicas como acidente vascular cerebral, câncer e lesão de medula espinhal[12]. A escala de Braden tem sido utilizada principalmente nos EUA sendo adaptada,

validada e aplicada para a cultura brasileira desde 1999 em várias instituições brasileiras de saúde. Consiste de seis sub-escalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento. O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os pacientes classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 9), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos)[13]. É um recurso útil e prático no delineamento da situação dos idosos institucionalizados com UP, por ser um instrumento que permite calcular a ocorrência das lesões em determinado período de tempo e lugar e fornecer ferramentas para a implementação dos cuidados de enfermagem fundamentados em dados evidenciados na pesquisa[1]. Os resultados de um estudo realizado na região Sudeste no ano de 2010 mostraram que os pacientes acamados e restritos a cadeiras são, em sua maioria, idosos, com predomínio da faixa etária acima de 70 anos, apresentando-se vulneráveis para o desenvolvimento de úlceras, comprometidos por morbidades múltiplas, condições crônicas instaladas, levando à diminuição da capacidade funcional, com necessidade de cuidados, dependendo, assim, de cuidadores. Quanto à avaliação do risco e presença de úlceras de decúbito, os idosos apresentaram os menores escores e, portanto, maior risco para desenvolver úlceras de decúbito. Foi expressiva a relação entre o aumento da idade e a ocorrência de UP[14]. Em estudo publicado em 2011 em um hospital terciário de referência ao trauma Foram avaliadas 60 pessoas com lesão medular utilizando-se a Escala de Waterlow, das quais 75% apresentaram escore final de 28 pontos, com altíssimo risco para desenvolver úlcera por pressão. Apos dez dias de internação, 48,3% dos pacientes ainda não haviam recebido orientações preventivas, dos quais 68,3% já apresentavam ulcera por pressão. A utilização da Escala de Waterlow permite a monetarização da assistência, sendo capaz de influenciar nos resultados clínicos[15]. O tempo de internação, por sua vez, apresentou correlação positiva significativa ao nível de 5%, revelando que, quanto maior o tempo de internação, maior o risco para desenvolver ulcera por pressão. Em relação aos fatores de risco biológicos, físicos e mecânicos encontrados no paciente com lesão medular apos ter aplicado a escala de Waterlow, concluiu-se que a pessoa com lesão medular durante o período de internação tem altíssimo risco para desenvolver úlcera por pressão[5]. No que se refere à avaliação das lesões, os resultados de um estudo publicado em 2009 mostraram erro de 1,51% para a profundidade e de -10,42% para o volume, concluindo ser um método adequado para aferição de profundidade e volume com erros de acurácia compatíveis com os descritos na literatura[5]. Sabe-se que a prevenção das úlceras de decúbito, em qualquer contexto de assistência, requer uma abordagem sistemática, iniciada com a avaliação do paciente admitido em um serviço, considerando os riscos presentes e prosseguindo com a adoção de medidas apropriadas, envolvendo toda a equipe de saúde. Para isto, os enfermeiros, enquanto coordenadores da equipe de enfermagem, necessitam possuir conhecimentos e habilidades para assistir, de forma eficiente e segura, considerando serem responsáveis pelos resultados de suas ações. Para os pacientes com UPP ou com risco para esse

problema, melhores práticas do cuidado curativo e preventivo precisam ser implementadas em todos os contextos de atenção[16]. Em estudo realizado em 4 hospitais da Paraíba, verificou-se que a falta de material conduz a uma avaliação superficial; que a ausência de protocolo dificulta a avaliação e, que a imposição médica e a falta de experiência e treinamento específicos foram às principais dificuldades reveladas. Evidenciou-se a necessidade de criar condições materiais e aprimorar os conhecimentos científicos em relação ao processo de avaliação de feridas[4].

**CONCLUSÕES:** A realização deste estudo possibilitou conhecer e analisar de modo sistematizado as questões referentes aos eventos adversos relacionados a ocorrência de úlceras de pressão. Assim as ações de cuidado devem estar voltadas a educação e sensibilizaçãode profissionais, familiares e cuidadores no sentido de estimular a prevenção destas lesões que trazem tantos prejuízos à qualidade de vida dos usuários, que quando acometidos pelas UP's experimenta alterações que transcendem as tissulares, implicam modificações no núcleo familiar, em seus sentimentos, suas atividades de lazer ou laborais comprometendo seu contexto em totalidade.. Percebe-se que ocorrência de eventos adversos é multi-causal, podendo estar relacionada mobilidade prejudicada, nutrição inadequada, técnica ineficiente na realização de mudança de decúbito e curativos, umidade, fricção e cisalhamento da pele, dentre outros fatores que podem contribuir para o surgimento destas lesões. Desse modo, os pacientes que apresentam risco para o desenvolvimento de úlcera de decúbito podem ser identificados precocemente através da avaliação nutricional, uso da escala de Braden e Waterlow. Este é um recurso útil e prático no delineamento de medidas a fim de prevenir/melhorar a qualidade de vida principalmente dos idosos com dificuldade de locomoção, e/ou institucionalizados. Sabe-se que a prevenção das úlceras de decúbito, em qualquer contexto, requer uma abordagem sistemática, iniciando com a correta avaliação do paciente e considerando todos os aspectos da sua condição clínica e prosseguindo com a adoção de medidas apropriadas, envolvendo toda a equipe de saúde Nesse sentido, o enfermeiro, deve ter habilidade e conhecimento técnico-científico para assistir, de forma eficiente e segura, tendo sempre em mente a responsabilidade pelos resultados das suas ações, e também da equipe de enfermagem sob sua supervisão. Diante disso, faz-se necessário um conjunto de medidas visando a promoção, prevenção e reabilitação da saúde do usuário. Dentre estas: demanda de tempo para educação em saúde, recursos humanos em quantidade e devidamente instrumentalizados para o cuidado, recursos materiais, equipamentos, medicamentos estrutura física dentre outros fatores. Sabe-se que o desenvolvimento institucional de uma cultura de segurança pode diminuir significativamente os eventos adversos relacionadas ao surgimento de úlceras de decúbito. Esta cultura de segurança no contexto assistencial não visa a punições, mas sim o aprendizado, a padronização e mapeamento dos processos de trabalho, utilização de medidas que estimulam a verbalização das dificuldades e a utilização de educação continuada. Também é fato que a questão dos eventos adversos relacionados

ao surgimento de úlceras de decúbito permeiam as diferentes categorias profissionais da área da saúde, resultando muitas vezes em ineficiência do tratamento, comprometendo a qualidade da assistência prestada aos pacientes hospitalizados. Desse modo, há necessidade de revisão dos processos de trabalho afim de uma sistematização da assistência e maior segurança ao usuário, familiares e profissionais. O estudo revela que a grande maioria das publicações foram produzidas no meio acadêmico, mostra-se ainda a dicotomia entre a academia e a assistência, fato este que deve ser reforçado aos profissionais que atuam diretamente no cuidado ao usuário, minimizando desta forma a possibilidade de ocorrência dos eventos adversos.

**Área temática:** Segurança do Paciente.

**REFERÊNCIAS**

1. Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online) [periódico na Internet]. 2011 Mar [citado 2012 Fev 15]; 32(1): 143-150.

2. Padilha KG, Kitahara PH, Gonçalves CCS, Sanches ALC. Ocorrências iatrogênicas com medicação em Unidade de Terapia Intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. **Rev. esc. enferm. USP** [periódico na Internet]. 2002 Mar [citado 2012 Fev 10]; 36(1): 50-57.

3.Pelliciotti JSS, Kimura M. Erros de medicação e qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [periódico na Internet]. 2010 Dez [citado 2012 Jan 27]; 18(6): 1062-1069.

4. Souza DMST, Santos VLC. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [periódico na Internet]. 2007 Out [citado 2012 Jan 29]; 15(5): 958-964.

5. Morais GFC, Oliveira SHS, Soares, MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto contexto - enferm.** [periódico na Internet]. 2008 Mar [citado 2012 Fev 15]; 17(1): 98-105.

6. Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva** [periódico na Internet]. 2009 Ago [citado 2012 Fev 10]; 21(3): 276-282.

7. Santos AE, Padilha KG. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Rev. bras. enferm.** [periódico na Internet]. 2005 Ago [citado 2012 Fev 10]; 58(4): 429-433.

8. Cucolo DF, Perroca MG. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [periódico na Internet]. 2010 Abr [citado 2012 Jan 27]; 18(2): 175-181.

9. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2007.

10. Paula CC. **Revisão integrativa de pesquisa** [CD-ROM]. Santa Maria; 2011.

11. Rossetti AC, Gaidzinski RR. Estimativa do quadro de pessoal de enfermagem em um novo hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [periódico na Internet]. 2011 Ago. [citado 2012 Jan 27]; 19(4): 1011-1017.

12. Castilho LD, Caliri MHL. Úlcera de pressão e estado nutricional: revisão da literatura. **Rev. bras. enferm.** [periódico na Internet]. 2005 Out [citado 2012 Fev 15]; 58(5): 597-601.

13. Serpa LF, Santos VLC, Campanili TCGF, Queiroz M. Validade preditiva da escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, em pacientes críticos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2011 Fev [citado 2012 Jan 27]; 19(1): 50-57.

14. Chayamiti EMP, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. **Acta paul. enferm.** [periódico na Internet]. 2010 [citado 2012 Jan 30]; 23(1): 29-34.

15. Studart RMB, Melo EM, Lopes MVO, Barbosa IV, Carvalho ZMF. Tecnologia de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pessoas com lesão medular. **Rev. bras. enferm**. [periódico na Internet]. 2011 Jun [citado 2012 Fev 15]; 64(3): 494-500.

16. Sousa CA, Santos I, Silva LD. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [periódico na Internet]. 2006 Jun [citado 2012 Fev 15]; 59(3): 279-284.

# REDE DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

# CARE NETWORK TO WOMEN IN A SITUATION OF DOMESTIC VIOLENCE: A THEORETICAL REFLECTION

# RED DE ATENCIÓN A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA: UNA REFLEXIÓN TEÓRICA

Carollo, Jéssica Baldissera1
Stochero, Helena Moro 2
Cortes, Laura Ferreira 3

1 Acadêmica do VII semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista PROBIC/FAPERGS. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde.
2 Acadêmica do VII semestre de Enfermagem da UFSM. Bolsista Assistencial HUSM/PRAE. E-mail: nena-ms@hotmail.com
3 Enfermeira. Esp. Prof. Substituta do Dpto Enf/UFSM. Mda. PPGENF UFSM. Membro do Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas do Dep. Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.

**RESUMO: Objetivo:** refletir sobre a composição da rede de atenção às mulheres em situação de violência doméstica no Brasil. **Resultados:** A violência doméstica, por ser um problema complexo, exige que existam locais especializados, oferecendo atendimento de profissionais de diversos setores, em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde. As políticas públicas foram criadas para resolver ou minimizar o problema, no entanto, é necessário também a participação conjunta de todos os setores e de seus operadores, tornando o atendimento às mulheres em situação de violência mais rápido e eficaz. **Considerações finais:** Considera-se fundamental que o tema da violência doméstica seja melhor desenvolvido nos cursos de graduação na área da saúde, afim de ensinar medidas de prevenção e enfrentamento da violência, e também a premência de esse aprendizado subsidiar o trabalho em rede multidisciplinar e intersetorial.

**DESCRITORES:** Violência doméstica; Enfermagem; Saúde pública.

**ABSTRACT: Objective:** To reflect about the composition of care network to women in situation of domestic violence in Brazil. **Results:** The domestic violence is a complex problem that requires specialized sites offering care professionals of different sectors in particular of the social assistance, justice, public safety and health. The public policies were created to solve or minimize the problem, however, is also necessary rooming participation

of all sectors and its operators making the care of women in situations of violence fastest and effective. **Conclusion:** It is essential that the issue of domestic violence is best developed in undergraduate courses in health, in order to teach measures of prevention and coping of the violence and also the urgency of this learning to support the multidisciplinary and intersectoral networking.
**DESCRIPTORS:** Domestic violence; Nursing; Public Health.

**RESUMEN:** Objetivo: reflexionar sobre la composición de la atención a las mujeres en situaciones de violencia doméstica en Brasil. Resultados: la violencia doméstica es un problema complejo, requiere que hay sitios especializados, ofreciendo cuidados profesionales de diversos sectores, en particular, bienestar social, justicia, seguridad pública y salud. Las políticas públicas están diseñados para resolver o minimizar el problema, sin embargo, es necesarias también la participación conjunta de todos los sectores y sus operadores, haciendo la asistencia a mujeres en situación de violencia, más rápida y eficaz. Consideraciones finales: es esencial que el tema de la violencia doméstica se desarrolla mejor en los cursos de pregrado en el área de salud, con el fin de enseñar la prevención y lucha contra la violencia y la urgencia de este aprendizaje apoyan la red intersectorial y multidisciplinaria.

**DESCRIPTORES:** Violencia Doméstica; Enfermería; Salud Pública.

## INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VCM) apresenta-se como uma das principais formas de violação dos seus direitos como ser humano, afetando o direito à vida, à saúde e à integridade física. Apesar de ser um acontecimento que afeta mulheres de diferentes regiões do mundo, dados e estatísticas sobre a extensão do problema ainda são bastante escassos[1]. Mulheres que viveram ou vivem a violência doméstica utilizam mais os serviços de saúde do que aquelas que não passaram por esta experiência, devido às várias patologias tanto físicas quanto mentais que decorrem deste fenômeno, favorecendo o aumento da procura por essas unidades. Dessa forma, esses serviços acabam encontrando em seu cotidiano, uma demanda frequente e muitas vezes, com pouca resolutividade[2]. Em 2011, foram internadas nos hospitais públicos cerca de 5.496 mulheres, vítimas da violência doméstica. Além das mulheres internadas, 37,8 mil mulheres, precisaram de atendimento no Sistema Único de Saúde por também terem sido vítimas de algum tipo de violência[3]. O setor saúde acolhe a maior parcela das queixas desse tipo de violência configurando-se como importante porta de entrada para as mulheres que sofrem com o fenômeno. Diferente de apenas uma dor de cabeça ou uma consulta ginecológica, a população feminina que sofre com os maus tratos, traz consigo uma gama de demandas um tanto quanto complexas, desde um trauma físico, até agressões psicológicas e abusos. VCM, muitas vezes, é aceita e naturalizada socialmente. Sendo assim, identificar os casos de violência para solucionar o problema,

torna-se cada vez mais, um desafio para os profissionais que atuam nos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência, diminuindo a eficácia e efetividade dessas instituições. Estudos[4-5] mostram que há bastante dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a questão da violência doméstica. Nas consultas, os profissionais demostram-se tímidos e inseguros para fazer a abordagem às mulheres quando há algum caso de VCM. Isso decorre especialmente do despreparo teórico e técnico dos profissionais aliado ao sentimento de insegurança para trabalhar com o tema. Frente a este problema, ressalta-se a possibilidade de haver dificuldade por parte dos profissionais de saúde acerca de como orientar e conduzir essas mulheres a serviços especializados da sua área de abrangência, seja por desconhecimento das redes de atendimento às mulheres em situação de violência ou pela falta de informação sobre essas instituições. Ressalta-se que cada situação de violência exige um serviço que lhe é próprio com o objetivo de resolver o problema. Neste contexto, tem-se como objetivo refletir sobre a composição da rede de atenção às mulheres em situação de violência doméstica no Brasil. Busca-se esclarecer quais os principais serviços que os profissionais de saúde podem dispor para orientar e encaminhar essas mulheres.

## CONSTRUINDO REDES DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A vinculação das equipes de saúde a uma rede de cuidados ampliados às mulheres em situação de violência precisa organizar-se de forma a compor uma rede com ‘nós’, ou seja, serviços, que se conectem, pressupondo comunicações[6]. Essa rede é composta por serviços e ações que visam expandir e melhorar a qualidade dos atendimentos. A violência doméstica, por ser um problema complexo, exige que existam locais especializados, oferecendo atendimento de profissionais de diversos setores, em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde[7]. A magnitude do fenômeno requer que os serviços de saúde reorganizem a assistência às mulheres e familiares em função de suas necessidades psíquicas, subjetivas, de trabalho, de acesso e também as biológicas, visando o desenvolvimento do cuidado integral. É necesário (re) organizar a maneira como os serviços se estruturam, a fim de compor uma rede de atenção às mulheres e garantir o acolhimento de suas demandas[5]. Uma característica de destaque para essa rede é a existência de serviços especializados e não especializados para o atendimento. Embora exista essa divisão, é fundamental que esses serviços atuem em conjunto, a partir de uma perspectiva intersetorial, possibilitando a troca de conhecimentos de uma realidade para outra, mantendo assim, a eficiência dos sistemas. A criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) em 2003, foi um grande avanço para a implantação de uma rede de atendimento a essas mulheres possibilitando a criação e implementação de políticas públicas e serviços especializados nessa questão. Com isso, deu-se início a formulação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, que propõe diretrizes para ação coordenada dos organismos governamentais[1]. A partir da criação da SPM e da preocupação do poder público com o problema, as redes e serviços começaram a expandir-

se consideravelmente8. Nesse sentido, os olhares voltaram-se para a importância da prevenção e promoção da saúde das mulheres em situação de violência. As Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAMs) e as Casas-Abrigo foram os principais norteadores da Política de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, cujo enfoque era a segurança pública e assistência social1. Estes serviços são especializados porque possuem qualificação voltada ao tema da VCM. Destaca-se que até então a preocupação era somente com o tratamento e a reabilitação destas mulheres, sendo que a prevenção não era foco das ações. Hoje, as DEAM são responsáveis pela prevenção, investigação e enquadramento legal, além da realização de boletins de ocorrência e proteção de urgência para as mulheres. Além dessas instituições, existem também outros recursos como Organizações Não Governamentais (ONGs) e grupos religiosos que contribuem positivamente para a proteção e reabilitação da população feminina que sofre com a violência doméstica[9]. Estudos[10-11] mostram que as mulheres consideram importante para elas o trabalho de grupos de apoio, abrigos, assistência social, unidades e postos de ligação com escuta 24 horas, além dos serviços de base comunitária. Para as mulheres, o cuidado pode melhorar não por aumento na prestação de serviços, e sim a partir de mudanças na atuação e interação por parte dos profissionais com o cuidado das mesmas[12]. Nesse sentido, é preciso que a equipe preste um atendimento continuado na própria unidade de saúde e tente superar os limites como a ineficiência da rede de atenção[13]. Ressalta-se que a capacidade do serviço, seja no âmbito da saúde, da assistência social, segurança pública ou jurídico, em acolher as necessidades das mulheres e ter um olhar de resolutividade é que determina a busca das mesmas por atendimento. A intervenção para ser positiva depende da disponibilidade, qualidade e coordenação dos serviços, também, das atitudes dos profissionais, do compromisso de apoio às mulheres, da disposição para defender seus direitos e garantir sua segurança[5]. Os Centros de Referencia de Atendimento da Mulher (CRAM) e os Centros de Referencia Especializados de Assistência Social (CREAS) também são aliados e passaram a compor a rede. O CRAM proporciona acolhimento, acompanhamento psicológico e social e presta orientação jurídica às mulheres em situação de violência. Os CREAS são unidades públicas que desenvolvem trabalho social com as famílias visando a qualidade de vida de seus membros. Soma-se a isso a necessidade da criação de Serviços de Saúde Especializados para o Atendimento dos Casos de Violência contra a Mulher, que contam com o apoio de profissionais de saúde (psicólogos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais) capacitados para atender os casos de violência[7]. Estes serviços precisam funcionar de maneira estruturada e em conjunto, promovendo a articulação entre as várias possibilidades existentes para uma melhor qualidade de assistência às mulheres que sofrem com o problema. Além disso, em 2005 a criação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, juntamente com demais instituições, possibilitou uma maior visibilidade dos serviços da rede de atendimento para a população em geral e em especial para as mulheres[14]. A Central funciona em todo território brasileiro e tem o papel de escuta qualificada às mulheres, bem como informar sobre seus direitos e sobre os serviços mais próximos que

podem ser utilizados em caso de violência, visando a garantia do acesso da mulher à rede. A Lei Nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, é uma conquista na legislação brasileira sobre o tema; coíbe e tipifica todas as formas de violência contra as mulheres. Veio para assegurar o direito da mulher de viver sem qualquer tipo de violência, preservando sua saúde física e mental. A lei ainda estabelece medidas protetivas de urgência em casos de violência doméstica, encaminhando essas mulheres a programas, serviços de proteção e assistência social[14]. As políticas públicas foram criadas para resolver ou minimizar o problema, no entanto, é necessário também a participação conjunta de todos os setores e de seus operadores, tornando o atendimento às mulheres em situação de violência mais rápido e eficaz. Percebe-se dessa forma, expressivo aumento dos serviços de atendimento às demandas de mulheres violentadas em todo o Brasil. Porém, muitos destes locais ainda precisam de melhorias na infraestrutura e maior quantidade de profissionais qualificados para realizar o acolhimneto e identificar os casos. Isso mostra a carência de recursos governamentais e o desinteresse político, o que dificulta as orientações e informações a cerca dos serviços existentes. Consequentemente ocorre a falta de subsídios técnicos necessários para os profissionais que atuam nesses serviços, em especial nos da saúde, instrumentalizarem as mulheres para o rompimento da violência sofrida. O acolhimento nesses serviços exige condições de acessibilidade, privacidade e escuta empática dos profissionais. Compreende-se que o cuidado não deve ficar restrito ao cumprimento de rotinas e procedimentos[15-16]. Propõe-se o trabalho em equipe, a identificação dos casos, a partir de propostas de registro e também do acionamento da rede intersetorial existente. A escuta das mulheres precisa identificar elementos com potenciais de transformar a situação de violência[16]. Para atender a essas mulheres é necessário o desenvolvimento do vínculo e da confiança, que remete a sentirem-se seguras frente a quem cuida, uma vez que, o contexto de violência propicia insegurança[5].

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crescente luta das mulheres por seus direitos gerou conquistas fundamentais para assegurar condições de igualdade de gênero e garantir às mulheres uma vida sem violência. As consequências da violência, tanto físicas quanto emocionais, levam muitas vezes as mulheres a procurarem os serviços de saúde com o intuito de resolver o agravo. Para tanto, a política de enfrentamento requer uma ação conjunta dos profissionais com os serviços existentes, e para isso é preciso que existam medidas educativas de prevenção, assistência, e combate ao problema, visando assegurar a integralidade do atendimento às mulheres. As políticas e as redes de atenção às mulheres em situação de violência só serão melhor efetivadas à medida que se fizer uso destes recursos de maneira adequada e eficaz. Para tanto, há necessidade de empoderamento dos profissionais de saúde para o trabalho em rede e também para promover uma cultura de igualde de gênero, interferindo nos padrões machistas ainda presentes na sociedade brasileira. Considera-se fundamental que o tema da violência doméstica seja melhor desenvolvido nos cursos de graduação na área da saúde,

afim de ensinar medidas de prevenção e enfrentamento da violência, e também a premência de esse aprendizado subsidiar o trabalho em rede multidisciplinar e intersetorial. É importante também a capacitação de cada profissional que atua nos serviços, incluindo o tema da violência contra as mulheres nas ações educativas voltadas à população. Para tanto, é fundamental a articulação dos setores governamentais e não governamentais envolvidos na elaboração de estratégias de atendimento, prevenção e enfrentamento da violência, com os profissionais que atuam no atendimento.

**ÁREA TEMÁTICA:** Redes

**REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Justiça (Brasil), Política Nacional de Enfrentamento à violência contra a mulher. Brasília: Ministério da Justiça; 2011 [acesso em 2013 jun 30]. Disponível em: http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional

2. Oliveira AFPL, Scharaiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2006[acesso em 2013 jul 25]; 14(4):1037-1050. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=pt

3. Leitão T. SUS atende 2,5 vezes mais mulheres vítimas de violência do que homens [Internet]. Agência Brasil – Empresa Brasil de Comunicação. 2012 nov 25[acesso em 2013 ago 7]. Disponível em: http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2012-11-25/sus-atende-25-vezes-mais-mulheres-vitimas-de-violencia-do-que-homens

4. Lettiere A, Nakano AMS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2008[acesso em 2013 jul 25];42(3):467-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300008

5. Cortes LF, Padoin SMM, Paula CC, Vieira LB, Landerdahl MC, Silva EB. Limitations and possibilities on health assessment to women in violence situation. Health. Irvine, EUA. 2013; 5(7A4):45-51.

6. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, (organizador). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Editora IMS, UERJ; 2006.

7. Ministério da Justiça (Brasil), Rede de Atendimento. Brasília: Ministério da Justiça; 2010 [acesso em: 2013 jun 29]. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/secoes/mulher/cidadania-e-seguranca/rede-de-atendimento

8. Santos MA, Vieira EM. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. Interface - Comunic Saude Educ [Internet]. 2011[acesso em 2013 jul 31]; 15(36):p.93-108. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100008

9. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2010[acesso em 2013 jul 30];13(2):237-45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2010000200006&script=sci_arttext

10. Hague G, Mullender A. Who Listens? The Voices of Domestic Violence Survivors in Service Provision in the United Kingdom. Violence Against Women, Washington, DC, USA. 2006;12:568-87.

11. Bennett L, Riger S, Schewe P, Howard A, Wasco S. Effectiveness of Hotline, Advocacy, Counseling, and Shelter Servicesfor Victims of Domestic Violence. Journal of interpersonal violence, Chicago, USA. 2004;19:815-29.

12. Stenius VM, Veysey BM. "It's the Little Things". Women, Trauma, and Strategies for Healing. Journal of interpersonal violence Chicago, USA. 2005;20:1155-74.

13. Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. Interface - Comunic Saude Educ [Internet]. 2009[acesso em 2013 jul 30];13(28):165-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100014

14- Brasil. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 2006. [acesso em 2013 abr. 4]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

15- Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, Oliveira EM. Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que Sofrem Violência. Saude

Soc [Internet]. 2011[acesso em 2013 jul 30]; 20(1), 113-123. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/14.pdf

16- D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2009[acesso em 2013 jul 30];14(4)1037-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=pt

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

# RED DE TRABAJADORES DE SALUD EN EL DISEÑO DE UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

# NETWORK HEALTH CARE WORKERS IN THE DESIGN OF A UNIT OF FAMILY HEALTH

LEAL, Tifany Colomé 1
SCHIMITH, Maria Denise2
BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin 3
ALBERTI, Gabriela Fávero4
FALCÃO, Tais Gomes5
ROSO, Lais Fuzzer6

1 Acadêmica do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista PIBIC-CNPq 2013/2014. Membro do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: tifanyleal@hotmail.comEnfermeira.
2 Enfermeira. Doutora. Professora adjunta do Departamento do Curso de Enfermagem da UFSM.
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.
4 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSM. Membro do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
5 Acadêmica do VII semestre do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
6 Acadêmica do VII semestre do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**RESUMO:** objetiva-se descrever a concepção que os trabalhadores de uma equipe de Estratégia Saúde da Família possuem acerca das potencialidades e fragilidades da Rede de Atenção à Saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul. Consiste em um estudo de caso. A unidade de análise foi uma Unidade de Saúde de Família com duas equipes básicas e equipe de saúde bucal, no período de fevereiro a julho de 2012. Possuir um hospital universitário como referência para a alta complexidade e a equipe considerar que possui facilidade para acessá-lo; a capacidade instalada dos serviços de saúde, com exames diagnósticos sem limitações e a presença dos Agentes Comunitários de Saúde foram potencialidades apontadas. É preciso fortalecer a Atenção Básica para funcionar como parte da Rede e garantir o desempenho do Sistema Único de Saúde. As equipes necessitam de acompanhamento continuado e sistemático de educação permanente, sendo este papel da universidade.

**ABSTRACT:** the objective is to describe the design of a workers staff the Family Health Strategy have about the strengths and weaknesses of the Network of Health Care in a city in Rio Grande do Sul consists of a case study. The unit of analysis was a Unit Family Health with two teams and basic oral health team, in the period from February to July 2012. Owning a university hospital as a reference to the high complexity and the team considered to have easy access to it, the capacity of health services, diagnostic tests with no limitations and the presence of Community Health Agents potentials were identified. We need to strengthen primary care to work as part of the network and guarantee the performance of the Unified Health System teams require continued monitoring and systematic continuing education, and this role of the university.

**RESUMEN: e**l objetivo es describir el diseño de una plantilla trabajadores de la Estrategia Salud de la Familia tiene acerca de las fortalezas y debilidades de la Red de Atención de Salud en la ciudad de Río Grande do Sul consiste en un estudio de caso. La unidad de análisis fue una Unidad de Salud de la Familia con dos equipos y el equipo básico de salud bucal, en el período de febrero a julio de 2012. Ser propietario de un hospital universitario de referencia para la alta complejidad y el equipo considera que tiene fácil acceso a la misma, se identificó la capacidad de los servicios de salud, pruebas de diagnóstico sin limitaciones y la presencia de agentes comunitarios de salud potenciales. Tenemos que fortalecer la atención primaria para trabajar como parte de la red y garantizar el funcionamiento de los equipos del Sistema Único de Salud requieren una vigilancia continua y la formación continua sistemática, y este papel de la universidad.

**DESCRITORES:** continuidade da assistência ao paciente; sistema único de saúde; assistência à saúde.

**KEYWORDS:** continuity of patient care, public health system, health care.

**PALABRAS CLAVE:** la continuidad de la atención al paciente, el sistema de salud pública, la atención de la salud.

**INTODUÇÃO:** as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são propostas integrantes aos Sistemas Integrados de Saúde no mundo todo. O Sistema Único de Saúde (SUS), na Lei 8080/90, estabelece como um dos seus objetivos a assistência às pessoas por meio da promoção e recuperação de saúde, prevenção de doença, presumindo que isso se dê pela integração das ações preventivas e assistenciais. Legitima que estas ações sejam organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescentes. Em 2010, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria 4279/2010 conceituando a RAS como a coordenação integrada de ações e serviços de saúde de diferentes densidades

tecnológicas, que procuram garantir a integralidade do cuidado. A RAS tem como objetivo a promoção da "integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada". Busca ainda, entre outros objetivos, melhorar o desempenho do SUS, no que diz respeito ao acesso, equidade e eficácia[1]. A Atenção Primária à Saúde (APS), cuja concepção será considerada, neste trabalho, como equivalente a Atenção Básica (AB), consiste no centro de comunicação da RAS, pela "função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção"[1]. A Política Nacional de Atenção Básica, Portaria 2488/2011, considera a Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB. A qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modelo de AB no SUS, deverá seguir as diretrizes da AB e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais. Deve ser também o contato preferencial dos usuários, a porta de entrada principal e o centro de comunicação da RAS. A universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social são seus princípios orientadores. A AB deve considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural[2]. Dentre as funções da AB na RAS, destacamos a de coordenação do cuidado. A portaria supracitada prevê que a elaboração, o acompanhamento e a gestão dos projetos terapêuticos singulares (PTS), bem como acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS sejam funções da AB. Responsabilizar-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontalizada, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral também é sua função. Para isso, articular outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais, incorporando ferramentas de gestão do cuidado, entre elas, cita-se a gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames). Neste espaço micro-regulatório, a partir da relação horizontal, deve garantir o acesso a outros pontos da rede em tempo adequado, com equidade. Nesse sentido, o trabalho é oriundo da tese de doutorado intitulada "Colonialismo ou solidariedade nas relações entre trabalhadores de saúde e usuários? Implicações para a continuidade do cuidado", que, objetivou analisar o processo de implantação e acompanhamento da ESF, do município e, também, compreender as relações entre trabalhadores e usuários durante as práticas de cuidado realizadas em uma Unidade de Saúde da Família do município, relacionando-as com a efetivação da continuidade do cuidado na RAS do SUS.

**OBJETIVO:** objetiva-se, com este trabalho, descrever a concepção que os trabalhadores de uma equipe de ESF possuem acerca das potencialidades e fragilidades da RAS de um município do interior do Rio Grande do Sul (RS).

**METODOLOGIA:** para o desenvolvimento da pesquisa realizou-se um estudo de caso que, segundo3 "investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especificamente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes". A unidade de análise estudada foi uma USF com duas equipes básicas e equipe de saúde bucal. Para preservar o anonimato da equipe pesquisada não revelaremos o local da pesquisa, mas ele estabelece o limite espacial do caso[3]. Quanto ao limite temporal para a coleta de dados, foi de fevereiro a julho de 2012, com início desencadeado após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp e a definição do término da coleta deu-se pela saturação de dados. Os sujeitos desta pesquisa foram os trabalhadores de saúde e usuários da USF. O grupo de trabalhadores é composto por um Auxiliar Administrativo, nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), um Auxiliar de Serviços Gerais, um coordenador administrativo de USF, duas enfermeiras, uma médica, uma odontóloga e duas técnicas de enfermagem. Ainda compõe o contexto do estudo de caso, mas estão fora do "caso"[3], médicos não vinculados à ESF, residentes multiprofissionais de saúde, professores e acadêmicos. Foram utilizados, para a coleta de dados: a observação participante, as entrevistas com os trabalhadores e usuários e buscas em documentos e em registros de sistemas de informações. As observações foram realizadas durante períodos em que a USF estava em funcionamento, principalmente durante as práticas de cuidado. As práticas de cuidado foram consideradas como todas as ações que envolviam o encontro entre trabalhadores e usuários. Também as reuniões de equipe, encontros com a comunidade, encontros entre os membros da equipe que aconteciam informalmente durante os turnos de trabalho. As entrevistas foram realizadas com as duas enfermeiras, com as duas técnicas de enfermagem, com a médica, com a odontóloga, com a ACD, com o auxiliar de serviços gerais, com o coordenador da USF e com quatro ACS. Ainda entrevistamos seis usuários que, durante o período da coleta de dados, receberem um encaminhamento a outro ponto da RAS, totalizando 19 entrevistas. A documentação analisada consistiu em cadernos de atas da equipe, relatórios da equipe, relatórios de gestão da SMS, agendas dos encaminhamentos e ofícios recebidos. A análise de estudo de caso foi conduzida de modo a perseguir a resposta à questão de pesquisa e aos objetivos estabelecidos, juntamente com as proposições teóricas, que estão em constante atualização. Também a coleta de dados, mediados pela orientação teórica, com pressupostos estabelecidos guiaram a análise[3]. Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, as normativas éticas e científicas pautadas na Resolução 196/96 foram respeitadas[4]. Os sujeitos foram informados sobre a temática da pesquisa, os objetivos, metodologia, e os riscos e benefícios, sendo respeitada sua autonomia, estando livres para participar e desistir de sua participação em qualquer etapa da mesma. Após o aceite, foi disponibilizado aos sujeitos pesquisados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Seguindo os princípios éticos esse projeto de pesquisa foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e pelo Conselho Municipal de Saúde, sendo então submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da

Universidade Federal de Santa Maria, sob CAEE no 23081.007707/2011-51. Os entrevistados contaram também com um Termo de Confidencialidade, no qual ficou estabelecido o compromisso do pesquisador em manter o anonimato da identidade das pessoas. Foi ofertada aos sujeitos a possibilidade de escolha de seu codinome, sendo essas respeitadas. Aos entrevistados que delegaram essa tarefa às pesquisadoras foram utilizados nomes fictícios.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** descreve-se a avalição que a equipe faz da RAS do município em questão. Ao falar sobre as potencialidades, a equipe, no geral, teve dificuldade de apontá-las. Mesmo a pergunta ser feita antes das dificuldades, o que mais ocorreu foi falar primeiro destas. *O que tem de bom? (silêncio) O que eu posso te dizer? (silêncio) eu acho (silêncio) tem até, tem até bastante coisa boa, não vou dizer que não tenha.* (Entrevista ACS Natália). Pesquisadora: *tu podes me dizer quais as potencialidades que tu enxergas na Rede do município?*Dentista*:* (silencio 12s) *olha, eu enxergo assim, não sei se vou responder diretamente a tua pergunta, eu vejo a questão de (nome do município) da saúde, como um todo, um pouco desorganizado, desorganizado assim: uma hora a gente uma coisa, segue uma linha [...] aí há pouquinho muda, daí tu tens que mudar, enfim. A gente não tem assim um protocolo, nem entre os profissionais dentistas assim, de procedimentos, que eu já vi em muitas prefeituras que tem, tipos de procedimentos, tidos de atendimentos, uma coisa em comum assim que a gente pudesse seguir ao longo do tempo. A gente está pensando em fazer alguma coisa assim.* Dentre as funções da AB na RAS, destaca-se a de coordenação do cuidado. A portaria da AB prevê que a elaboração, o acompanhamento e a gestão dos projetos terapêuticos singulares (PTS), bem como acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS sejam funções da AB. Responsabilizar-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontalizada, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral também é sua função. Para isso, articular outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais, incorporando ferramentas de gestão do cuidado, entre elas, cita-se a gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames). Neste espaço micro-regulatório, a partir da relação horizontal, deve garantir o acesso a outros pontos da rede em tempo adequado, com equidade. O rol de dificuldades elencados pelos trabalhadores durante as entrevistas pode ser dividido em estruturais e relacionais. Quanto à estrutura apontam a dificuldade no agendamento das cirurgias e a falta de especialistas, principalmente neurologistas e cardiologistas, que apresentam uma demanda crescente devido ao envelhecimento populacional; o tempo longo de espera para o usuário conseguir os encaminhamentos; disputa público-privado; ausência de protocolos para os encaminhamentos e falta fortalecimento da AB. Nos aspectos relacionais são apontados a falta de atenção da gestão para com a AB; a falta de comunicação da ESF com a SMS (referem que deixou de funcionar, antes existia); a equipe não conhecer sua área de

abrangência; as ACS referem que os profissionais da USF não se interessam pelo acompanhamento do usuário; o retorno da especialidade, a chamada contra-referência, não acontece; apoio matricial das especialidades na USF também não ocorre; a população da área de abrangência não possui vínculo com a equipe da USF, não é acolhida; a equipe desconhece a RAS, não sabe para onde encaminhar. Os pontos destacados pela equipe que interferem no acesso à rede convergem para os apontados pela produção cientifica, os quais também podem ser agrupados em pertencentes à macroestrutura, como a territorialização inadequada[5]; barreiras na organização dos serviços básicos[6,7,8] e falha na educação permanente [9, 10]. Outros são compostos por aspectos relacionais, como comunicação11; questões morais[12]; características pessoais e profissionais dos médicos[13]; falha na linha de cuidado[14]; processo de trabalho[15, 16]; atendimento fragmentado, decisão pessoal dos gestores[17] e relacionamento interpessoal[18]. O rol de aspectos envolvidos aponta para a complexidade da organização e efetivação das RAS. Também o fato de ser uma cidade universitária e possuir um hospital universitário como referência para a alta complexidade e a equipe considerar que possui facilidade para acessá-lo; a capacidade instalada dos serviços de saúde, com exames diagnósticos sem limitações e a presença dos ACS foram as principais potencialidades apontadas. ACS Jaqueline: [...] *Eu acho que (nome do município), ela tem tudo, ela é muito má administrada! Sabe? A gente tem toda a riqueza aqui dentro, nós temos uma universidade ai que forma quantos profissionais? Quantos profissionais de saúde tem na universidade? Só que a política interna do município, ela é muito mal distribuída, a renda que tem aqui dentro, porque ai se forma e sai, sai da cidade, não ficam aqui, porque tem municípios menores que oferecem bem mais para os profissionais.* Pesquisadora: *a universidade é um ponto positivo, mais algum ponto positivo na rede de (nome do município)?*ACS Jaqueline: *ah, eu acho os acadêmicos. Eu sou apaixonada portrabalhar com acadêmicos. É uma coisa que eu defendo a vida toda e parece que aqui, agora, com essa equipe a gente está perdendo esse vínculo, sabe, com os acadêmicos. Eu acho assim, que as outras equipes, elas lutavam para trazer para cá os acadêmicos, para trabalhar com os agentes de saúde, agora a gente não tem sabe?* A inserção da universidade na comunidade e serviços de saúde apresenta-se como um dos campos de aprendizado, pois evidencia as formas de relação da universidade com o universo dos grupos sociais, suas especificidades culturais e econômicas, suas necessidades e diálogo. Desse modo, o papel da universidade nesse contexto propõe aliar as demandas reais da sociedade à criação de alternativas para superação dessas necessidades, mediante a integração entre envolvidos: discentes, docentes, comunidade e profissionais. Trata-se de um espaço de produção de conhecimento e de intervenção social em consonância com as demandas desses setores sociais e reconhecendo os saberes desses grupos populares. Outro ponto relacionado ao papel da universidade e que potencializa as RAS é o acompanhamento sistemático e continuado dos serviços de saúde na perspectiva da Educação Permanente, reconhecida como a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. Assim, os processos de capacitação

dos trabalhadores da saúde requer que se tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturadas a partir do processo de problematização[19].

**CONCLUSÃO:** dentre as potencialidades identificadas, destaca-se o reconhecimento da inserção da universidade nos serviços de saúde e comunidade. O estudo apontou que as equipes da ESF necessitam de acompanhamento continuado e sistemático de educação permanente, que é um dos papéis que cabe à universidade. Entende-se que as dificuldades encontradas estão relacionadas ao isolamento da AB. Defende-se que ela compõe a RAS com um conjunto de pontos de atenção, não só a ESF. Essa sendo proposta para reorientar o sistema, necessita de trabalhadores e gestores que se empenhem em efetiva-la, sob pena de funcionar como barreira ao acesso equânime aos serviços e comprometer o desempenho do SUS.

**REFERÊNCIAS:**

1 BRASIL, 2010 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279/2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicada em 30 de dezembro de 2010.

2 BRASIL, 2011 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

3 YIN, 2010 Yin RK Estudo de caso: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

4 BRASIL, 1996 Brasil, Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 10 out. 1996.

5 Roese A, Gerhardt TE Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 29(2):221-9.

6 Carret MLV, Fassa ACGl, Domingues MR Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. Cad. Saúde Pública. 2009; 25 (1):7-28.

7 Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS Cidadãos peregrinos: Os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009; 14(5):1929-38.

8 Sacchi M, Pereyra A, Ramos M, Alarcón A, Mogro M La accesibilidad de la población al Sistema de Salud desde la perspectiva del personal de Enfermería Vis. enferm. actual, 2006;2(6):22-5.

9 Silva LMS, Guimarães TA, Pereira MLD, Miranda KCL, Oliveira EN Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/AIDS. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2005; 14(2):97-104.

10 Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária Cad. saúde pública. 2009; 25(9): 2033-42.

11 Barriga SC, Villegas MG, Camacho NJ, Escobar P, Tortorolo E Derivación de la patología mamaria desde la atención primaria a la terciaria: experiencia con un consultorio. Rev. chil. cir. 2002; 54(4):373-6.

12 Harris M, Ferreira A, Moraes I, Andrade F, Souza D Reply letter utilization by secondary level specialists in a municipality in Brazil: a qualitative study. Rev Panam Salud Publica. 2007; 21(2/3):96-110.
13 Rosa Filho LA, Fassa ACG, Paniz VMV Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional Cad. saúde pública. 2008; 24(4):915-25.

14 Tavares MFL, Mendonca MHM, Rocha RM Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2009; (25)5: 1054-62.

15 Schimith MD, Lima MADS Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(6):1487-94.

16 Maeda ST, Borges ALV, Nakamura E, Miyahiro D, Silva LF Access to pre-natal care and cervical cancer prevention action among women from Brazilian Landless Workers Movement. Texto contexto - enferm. 2007; 16(3): 433-8.

17 Nogueira VMR, Dal Prá KR, Fermiano SA diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. Cad. Saúde Pública. 2007; 23, suppl.2:227-36.

18 Sacchi M, Pereyra A, Ramos M, Alarcón A, Mogro M La accesibilidad de la población al Sistema de Salud desde la perspectiva del personal de Enfermería Vis. enferm. actual, 2006;2(6):22-5.

19 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, DF, 2005.

**ÁREA TEMÁTICA:** REDES

# ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA REDE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

# ATTENDING OF WOMEN UNDER VIOLENCE SITUATION IN THE PUBLIC HEALTH SERVICE NETWORK

# TRATAMIENTO DE LA MUJER EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

SCHONS, Vanessa Fátima1;
SILVA, Ethel Bastos da2.
ROESSLER, Gabriela Andreatta3;
PASINI, Rúbia3;
BORTOLI, Vanessa da Silva4;
HIRT, Maiara Carmosina4;
ARBOIT, Jaqueline4;

1. Autora, relatora do trabalho. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões – RS. Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem UFSM. E-mail: vaneschons@hotmail.com.
2. Orientadora do trabalho. Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Curso de Pós-graduação DINTER, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões – RS. E-mail: ethelbastos@hotmail.com.
3. Coautora do trabalho. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões – RS;
4. Coautora do trabalho. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões – RS. Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem UFSM.

**RESUMO:** Neste estudo objetiva-se conhecer a produção científica na área da saúde no Brasil sobre como as mulheres em situação de violência e os profissionais de saúde percebem o atendimento na rede dos serviços de saúde no Brasil. Realizou-se a busca bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) — dados do LILACS, IBECS, SCIELO —, no período de janeiro de 2013, a partir dos descritores ―violência‖ and ―mulheres‖ and ―serviços de saúde‖. A delimitação temporal foi de 1994 a 2012, obtendo-se 82 produções. A partir da leitura prévia dos títulos e resumos foram selecionados 10 artigos da área da saúde, com texto completo disponível em suporte eletrônico, de cuja análise emergiram as categorias: A visão das mulheres em situação de violência sobre o atendimento na rede de serviços de saúde: do tratamento da lesão física ao encaminhamento; A visão dos profissionais da rede de saúde sobre o atendimento à mulher

em situação de violência: dificuldade de abordagem e acolhimento. Os estudos mostraram que, para as mulheres, o atendimento é medicalizado, encaminhado e sem escuta. O grupo é uma estratégia considerada importante para iniciar o enfrentamento da violência. Os profissionais sentem-se despreparados para esse atendimento e tratam as lesões físicas, medicalizam e encaminham para outros setores. Observa-se uma convergência na visão das mulheres e dos profissionais em relação ao atendimento.

**Descritores:** Serviços de Saúde; Violência; Saúde da Mulher; Enfermagem.

**Descriptors:** Health Services; Violence; Women Health; Nursing.

**Descriptores:** Servicios de Salud, Violencia, Salud de la Mujer, Enfermería.

**ABSTRACT:** This study aims to know the scientific production in the health area in Brazil about how women under violence situation and the health professionals realize such attending in the public health service network in Brazil. It was carried out the bibliographic research at the Virtual Healthcare Library (VHL)- LILACS data, IBECS, SCIELO -, within the period of January 2013, since the descriptors ―violence‖ *and* ―women‖ *and* ― health services‖. The time delimitation was from 1994 to 2012, coming to the result of 82 productions. Since the previous reading of the titles and abstracts, they were selected 10 articles of the health area, with complete texts available in electronic support, whose analysis emerged the following categories: The view of the women under violence situation concerning the attending in the health service network: from the treatment of the physical injury to the conducting; The view of the health professionals concerning the attending of women under violence situation: approaching and welcoming difficulty. Studies showed that, concerning the women, the attending is through medicines, conducted and without listening. The group is a strategy considered important to start the violence facing. The professionals feel themselves unprepared for such attending and they treat physical injuries, medicate and conduct them to the other branches. It is observed some convergence on the women view and the professions in relation to the attending.

**RESUMEN:** Este estudio tiene como objetivo conocer la producción científica en salud en Brasil acerca de cómo las mujeres en situaciones de violencia y profesionales de la salud perciben len tratamiento en la red de atención de servicios de salud en Brasil. Se realizó una búsqueda bibliográfica de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS-BIREME) - Datos LILACS IBECS, SCIELO - a partir de enero de 2013, con los descriptores "violencia" y "mujer" y "servicios de salud" . La delimitación temporal fue de 1994 a 2012, lo que resulta en 82 producciones. De la lectura previa de los títulos y los resúmenes se seleccionaron 10 artículos en el campo de la salud, con el texto completo disponible en medios electrónicos, cuyo análisis surgió las categorías: La visión de las mujeres en situaciones de violencia en

la red de atención de servicios de salud : tratamiento de lesiones físicas de la remisión; La visión de los profesionales de la red sobre el cuidado de la salud a las mujeres en situación de violencia: la dificultad de enfoque y acogida. Los estudios han demostrado que, para las mujeres, el servicio es medicalizado, y remitidos sin escucharlas. El grupo es una estrategia considerada importante para comenzar a abordar la violencia. Los profesionales se sienten preparados para este tipo de atención y tratamiento de las lesiones físicas, medicalizam y se reenvian a otros sectores. Ha habido una convergencia en la visión de las mujeres y los profesionales a respecto a la asistencia.

## INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres está presente na história humana desde seus primórdios, mas somente em 1990 a Organização Mundial da Saúde (OMS) a reconheceu como um problema de saúde pública que necessita de enfrentamento, mediante elaboração e implementação de políticas públicas específicas. A Assembleia Geral das Nações Unidas conceituou a violência contra a mulher como todo o ato que produz ou pode produzir dano, sofrimento físico, sexual ou psicológico, ou seja, tudo que compreenda agressões ao corpo, violação ou coerção sexual e agressões emocionais ou psicológicas, incluindo ofensas e diferentes formas de desqualificação, além de se manifestar no âmbito das relações sociais[1, 2,3.] Nas duas últimas décadas, a problemática da violência contra a mulher tem sido reconhecida por entidades ligadas aos direitos humanos, pois ela está presente em toda a sociedade, sendo considerada um problema social, um fenômeno relacionado às culturas de gênero, que cada vez exige ações públicas no setor de segurança e saúde[4, 5]. A violência contra as mulheres passa a ser considerada uma ofensa aos direitos, espaço e liberdade de expressão das mulheres, deixando de ser de caráter privado, de atendimento e resolução entre o agressor e a vitima, e passa a exigir do setor público um serviço de segurança, assistência social e jurídica e educação. Além disso, exige a capacitação dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, responsáveis pela identificação da mulher em situação de violência e também responsáveis em tratar os agravos de natureza física e social, em consequência da violência[3]. O desconhecimento por parte dos profissionais sobre o fenômeno da violência e seus diferentes matizes prejudica a assistência oferecida às mulheres que vivenciam essa problemática[6]. Os principais obstáculos para que os profissionais de saúde reconheçam a mulher em situação de violência incluem a ausência de treinamento, falta de conhecimento sobre o manejo dos casos, falta de segurança, destacando-se que muitos profissionais de saúde entendem que a problemática diz respeito apenas à esfera pública e à da justiça[7]. As lacunas na formação acadêmica dos profissionais de saúde também contribuem para a não detecção do problema da violência doméstica, pois o profissional não é preparado para manejar esse tipo de situação[7]. Com esses obstáculos o indivíduo reduz a abordagem da saúde/doença aos saberes biomédicos desarticulados do contexto biopsicossocial. Nessa perspectiva, o acolhimento da mulher em situação de violência é um grande desafio que se impõe diante dessa realidade, requerendo esforços

conjuntos de todos os setores sociais[6]. Os profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, ocupam papel de destaque no atendimento às mulheres em situação de violência. Geralmente, eles mantêm um vínculo de longa duração com as usuárias, e sua capacitação para o atendimento à violência é de extrema importância, pois lhes cabe como parte da equipe de saúde, partilhar a responsabilidade de identificar os casos de violência e orientar a busca de soluções na rede de assistência à violência que envolve vários outros setores: segurança pública, assistência social, educação, assistência jurídica, entre outros[7]. Embora muito se tenha avançado para garantir o acesso das mulheres que sofrem violência ao atendimento integral e de qualidade, isso ainda representa um desafio para a rede de serviços de saúde.

**OBJETIVO** Conhecer a produção científica na área da saúde, no Brasil, sobre como as mulheres em situação de violência veem os serviços recebidos e como os profissionais de saúde veem o atendimento prestado na rede dos serviços de saúde.

**METODOLOGIA**

Neste estudo faz-se uma revisão narrativa e a busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) nas bases de dados do LILACS, IBECS, SCIELO. A coleta dos dados realizou-se em janeiro de 2013, a partir dos descritores ―violência‖ *and* ―mulheres‖ *and* ―serviços de saúde‖. A delimitação temporal foi de 1994 a 2012, com ponto inicial determinado pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, ocorrida em 1994, em Belém do Pará, considerada um marco nas conquistas e na visibilidade da temática. Foi composta uma população de 82 produções. Os critérios de inclusão foram: artigo original, disponibilidade do texto completo em suporte eletrônico, publicado em periódicos nacional, de autoria de profissionais da saúde brasileiros. Os critérios de exclusão foram: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos e científicos e documentos ministeriais. A partir da leitura prévia dos títulos e resumos foram selecionados 10 artigos. Para o mapeamento das produções científicas, utilizou-se uma ficha documental constituída das variáveis: titulo do artigo, nome dos autores, periódico de publicação, ano de publicação, base de dados, tipo de estudo e área de conhecimento/atuação dos autores. Posteriormente, desenvolveu-se a análise de conteúdo em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados[8]. A primeira etapa possibilitou uma visão abrangente sobre o conteúdo dos artigos mediante leitura flutuante e fichamento das informações, que resultou nas seguintes categorias temáticas: A visão das mulheres em situação de violência sobre o atendimento na rede de serviços de saúde: do tratamento da lesão física ao encaminhamento; A visão dos profissionais da rede de saúde sobre o atendimento à mulher em situação de violência: dificuldade de abordagem e acolhimento. Os dados são apresentados de acordo com as

categorias criadas juntamente com a discussão. Os artigos analisados são apresentados nas discussões como A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9 e A10.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 10 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos houve predominância de publicações de autoria de médicas e enfermeiras: sete são docentes e três são discentes de Programas de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado). Em relação ao ano de publicação dos artigos analisados, o período foi de 2000, 2005, 2007, 2008, 2009, cada ano com um artigo. Nos anos de 2010 e 2011, dois artigos científicos, e no ano de 2012, um artigo, constatando-se um aumento de publicações nos anos recentes. A abordagem de pesquisa mais utilizada foi a qualitativa; a região brasileira em que mais constaram artigos publicados foi a de São Paulo, contendo o maior número de pesquisas sobre a temática; o tipo de revista em que foi publicada a maioria dos artigos foi de revistas de saúde pública do Rio de Janeiro e São Paulo. Os cenários dos artigos em análise foram: unidade básica de saúde (três), hospital (seis), serviços da atenção básica (dois), clínica especializada (um), instituto médico legal (um) e serviços de saúde (um).

Na sequência, apresentam-se as categorias temáticas que emergiram da análise dos 10 artigos:

**A visão das mulheres em situação de violência sobre o atendimento na rede de serviços de saúde: do tratamento da lesão física ao encaminhamento**

O estudo (A1) mostrou que as ações de enfermagem representam oportunidades de fala para as mulheres que sofrem violência, sendo as atividades grupais consideradas o momento que propicia essa fala, não havendo expressão espontânea em consultas individuais. Isso se deve ao fato de que é o profissional de enfermagem quem faz o primeiro acolhimento, o acompanhamento e os devidos encaminhamentos de acordo com a avaliação de cada caso, através da consulta de enfermagem ou das atividades grupais. Neste aspecto, a enfermagem procura conversar com as mulheres em situação de violência para esclarecer dúvidas e orientá-las, desenvolvendo a escuta ativa, ampliando o vínculo, confiança e a segurança necessária para a realização do cuidado[15, 16]. Durante as atividades grupais as mulheres percebem que a violência é um problema que não ocorre somente com elas, mas também com outras pessoas, e, por este fato, muitas vezes se sentem acolhidas e falam espontaneamente sobre a violência sofrida. Isso demonstra que as mulheres se dispõem a falar sobre sua situação desde que sintam a possibilidade de uma escuta atenta e o acolhimento de seus problemas. Assim cabe ao serviço criar espaços na qual elas possam falar, ouvir, entender e enfrentar sua situação[15,17]. Esse estudo mostra uma experiência em que as mulheres são acolhidas e escutadas no grupo, o que pode dar início ao enfrentamento do problema e gerar uma perspectiva para a saída da situação. No entanto, há outras realidades em que a escuta é substituída por encaminhamento médico e o problema é tratado com uso de medicações. Há, também, o encaminhamento a serviços especializados como o de saúde mental, o que é apresentado no estudo A3 em que as mulheres revelam

que se sentem mal por serem tratadas dessa forma, pois embora recebam tratamento medicamentoso o problema continua. Elas nunca falaram sobre suas histórias de violência com nenhum profissional de saúde e as justificativas são a vergonha e a falta de tempo dos profissionais para escutá-las. Quando as mulheres são encaminhadas para serviços especializados e de saúde mental, muitas não os procuram por medo de não serem atendidas. O atendimento baseado no modelo biométicо/curativista mantém a mulher na situação de violência, pois trata os efeitos psicológicos decorrentes da violência o que é apenas um dos aspectos a ser considerado na complexidade do problema que requer um atendimento que contemple uma rede de serviços além dos da saúde. A escuta é a estratégia que dá início ao enfrentamento do problema, no entanto, observa-se que a mulher não fala sobre isso com os profissionais da saúde para não expor a família, e também há o fato de que essas situações são consideradas comuns e aceitáveis na sociedade, portanto não são reconhecidas como violência. A mulher em situação de violência procura o serviço de saúde não pela situação de violência sofrida, mas por algum trauma físico decorrente da agressão, evitando contar o motivo da lesão[18, 19]. Outro fator que impede a fala das mulheres se deve às ameaças por parte do agressor, medo de represália do parceiro e até dos profissionais que a atendem, dependência financeira e emocional e medo de perder os filhos. Isso pode ocorrer devido à posição social inferior que a mulher ocupa, ou seja, a dependência em relação ao homem[18, 19]. Quando se conhece os fatores que impedem a mulher de falar sobre a violência vivida é preciso criar um espaço de escuta, mas se ocorre o contrário, em que o acolhimento é baseado apenas na medicalização, a dor sentida passa a ser crônica e a violência permanece invisível. O estudo A3 mostra que algumas mulheres apresentam dor crônica devido à ausência de atendimento que atenda as necessidades de escuta para o enfrentamento da violência. O estudo A8 demonstra que os serviços de saúde não são vistos como espaços de procura para a resolução de situações de violência. As mulheres relatam que, na maioria dos serviços de saúde, há apenas o fornecimento de medicação e, após, são dispensadas. Outro aspecto presente é que as ações dos profissionais reduzem a violência a situações concretas, com sinais e sintomas, sem considerar os aspectos psicossociais da violência, os quais não se resolvem com o uso de "tranqüilizantes". Todos os estudos utilizados nesta pesquisa mostram que as mulheres em situação de violência relatam longas trajetórias de busca a um serviço que atenda as suas necessidades de escuta e ajuda para o enfrentamento da violência. Deduz-se, assim, que os profissionais tendem a encaminhar as mulheres aos setores de psicologia e assistência especializada, patologizando e medicalizando a violência, prática que não auxilia o enfrentamento da violência. Apesar de as mulheres que sofrem violência utilizarem frequentemente os serviços de saúde observa-se que os profissionais de saúde não identificam a maioria dos casos, ou não registram a violência no prontuário como parte do atendimento. Soma-se a isso a concepção limitada de saúde [20, 15]. Ressalta-se a falta de qualificação para identificar e abordar as mulheres em situação de violência, na qual o profissional valoriza apenas os sinais e sintomas evidentes. Muitos não estão preparados e

sensibilizados para identificar e abordar a complexidade que circunda as situações de violência. Essa circunstância determina a necessidade de buscar estratégias voltadas para a formação de todos os profissionais da saúde, não apenas a formação do enfermeiro, mas para todos os profissionais que produzem saúde[20, 15]. A análise dessa categoria permite observar que as mulheres apontam a coexistência de serviços de saúde com acolhimento e escuta e serviços medicalizantes. Os grupos com escuta qualificada são considerados um exemplo de espaço de fala e possibilidade de enfrentamento da situação de violência.

**A visão dos profissionais da rede de saúde sobre o atendimento à mulher em situação de violência: dificuldade de abordagem e acolhimento**

A violência é um tema que vem sendo a cada dia mais abordado como uma questão de saúde. Entretanto, para muitos profissionais da saúde, trabalhar com a violência gera inúmeras dúvidas quanto às formas de abordagem e quanto à rede de assistência às mulheres17. Dessa forma, discutir temas sobre a violência fortalece o saber e o posterior atendimento a mulheres em situação de violência. A possibilidade de detecção de casos de violência requer que o serviço saiba acolher, abordar e conduzir as ações com resolutividade, através de cuidados próprios e integrais, que possibilitem espaços de escuta e fala das mulheres em situações de violência (A1, A6, A10). Esses espaços podem constituir-se em grupos de orientações e visitas domiciliares conduzidas pelas enfermeiras[7]e também em consultas. O estudo A2 aponta dispositivos relacionais — acolhimento, vínculo, diálogo e orientação — como estratégias para trazer as mulheres que sofrem violência para dentro do serviço, visando a criação do vinculo, o que pode levá-las a acreditar que os profissionais irão ajudá-las na resolução dos seus problemas. Os trabalhadores dos serviços de saúde entrevistados nos estudos A4 e A6, apresentam relatos ambivalentes em relação às ações sobre a violência de gênero. Eles afirmam conhecer a política de enfrentamento à violência contra a mulher, mas consideram que os serviços não estão preparados e nem capacitados para atender os casos, apontando ser está uma das fragilidades da graduação. Nesse sentido, estudos sugerem a capacitação dos profissionais atuantes[17, 7]. Observa-se que os enfermeiros têm conhecimento quando ao manejo dos casos de violência comprovados, notificação e encaminhando, no entanto, quando os casos são suspeitos eles enfrentam dificuldades para realizar a abordagem e o acolhimento[7]. e ao atender e encaminhar essas mulheres para outros setores revelam uma forma de fuga que impõe limites ao atendimento e ao acolhimento, mas ao realizar tais ações julgam estar solucionando o problema, mesmo que momentaneamente (A4). Nesse sentido, a rede de enfrentamento possui muitas lacunas, e ainda não garante à mulher os direitos previstos na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, especialmente no que se refere à articulação entre as instituições de saúde e os setores complementares governamentais e não governamentais que visem ao empoderamento e à construção da autonomia da mulher com ações efetivas por meio de uma assistência qualificada[7]. Muitas ações no setor saúde continuam voltadas somente para a prática intervencionista, pautadas no modelo biomédico, e a maioria delas restringe-se ao tratamento das lesões causadas pela

violência (A4, A7, A5, A6, A9, A10). As equipes entrevistadas nesses estudos relatam não se sentirem capazes de prestar um atendimento integral às mulheres em situação de violência, limitando-se, na maioria das vezes, a tratar as lesões físicas e encaminhá-las a outros setores. Porém, nos estudos A4 e A7 há narrativas indicativas de que, mesmo de modo pouco sistematizado, há profissionais de saúde que diagnosticam a violência contra as mulheres e realizam medidas de intervenção eficazes e oportunas, mostrando sensibilidade, empatia e adequação às necessidades das mulheres. Alguns profissionais são capazes de acolher as mulheres em situação de violência por meio da interação médico-paciente [19]. O estudo de A5 demonstra que a mulher, ao chegar ao serviço de saúde, depara-se com a impessoalidade, com a falta de privacidade, dificultando a abordagem de experiências sensíveis, demonstrando que esse não é um lugar de resolução de necessidades subjetivas, como a violência. É preciso ampliar o atendimento a partir de uma concepção holística que considere aspectos biopsicossociais[20], e para qualificar o atendimento é preciso promover um suporte às equipes interdisciplinares para possibilitar que a rede de serviços seja capaz de atender a demanda de modo mais eficaz [19]. Os estudos de A5, A6 e A10 apontam para a necessidade de criação de espaços reservados e com maior privacidade, com equipes de plantão para que as mulheres possam sentir-se seguras para falar sobre as suas necessidades. Caso contrário, os níveis de notificação de violência continuarão baixos e não será pela pequena magnitude dos eventos, mas pelo constrangimento das vítimas em buscarem ajuda (A5). Observa-se que quando o assunto é violência, o preconceito ainda está muito presente na sociedade, e alguns profissionais da saúde quando atendem as mulheres julgam-nas merecedoras de tais agressões e acabam cometendo outra violência. Esse comportamento reforça a condição da mulher na situação de violência e considera a violência contra a mulher inerente à dinâmica das relações sociais e de gênero (A10, A5, A7). O julgamento impede que as mulheres recebam o atendimento de que necessitam (A7). A percepção dos profissionais sobre a violência por parceiro íntimo é influenciada pela condição social da mulher atendida no Sistema Único de Saúde e faz com que eles as desqualifiquem[19]. O estudo (A5) mostra que os profissionais dos serviços de saúde não confiam plenamente no relato da violência sexual, pois as denúncias das mulheres podem não ser verdadeiras e são usadas para conseguir realizar o aborto de modo mais seguro, o que sugere a necessidade de uma investigação rigorosa e precisa para dar o atendimento de qualidade que é direito da mulher [4]. Alguns profissionais (A6) apresentam sentimentos de indignação, revolta, raiva e pena, demonstrando que a violência afeta principalmente a usuária do serviço, mas também quem as assiste. Já, outros profissionais preservam o não envolvimento, demonstrando que esta é uma estratégia de fuga para se protegerem de fatos que também os agridem. Nesse caso, o suporte multidisciplinar ofertado pela gestão pode dar vazão a esses sentimentos e organizar o serviço para que os profissionais possam acolher com segurança e eficiência essas mulheres[19]. É preciso transformar a violência vivida por essas mulheres em demanda de saúde e a identificação de tais demandas como pertinentes à ação dos profissionais da

saúde. Somente assim os profissionais poderão escutar e qualificar o cuidado ofertado o suficiente para acolherem as situações como alvo de suas práticas (A1).

**CONCLUSÃO**

O estudo mostra que a literatura brasileira tem produzido um vasto número de pesquisas voltadas ao atendimento das mulheres em situação de violência, e os resultados apontam para uma prática centrada nas questões biológicas e curativistas. Ficou evidenciado que as mulheres em situações de violência veem o atendimento como não resolutivo e a consequência do problema é o encaminhamento para outros setores e a medicalização. Os profissionais da saúde veem a violência como um assunto de âmbito privado, e sentem-se despreparados para o atendimento às mulheres nessa situação, restringem-se a atendimentos às lesões físicas e encaminhamentos a outros setores da rede de saúde. A visão da mulher sobre o atendimento da rede de saúde, na qual se incluem a atenção básica, serviços de saúde hospitalar e especializados converge para a visão dos profissionais, o que requer uma discussão no sentido de qualificar a formação. Sugere-se a inclusão desse tema no curso de Graduação dos profissionais, com a oferta de capacitações, e igualmente nos serviços, mediante a reorganização da rede de saúde e intersetorial, com incentivo à implementação das políticas públicas com acompanhamento e avaliação da eficiência do atendimento.

**SESSÃO TÉCNICA:** REDES

**REFERÊNCIAS**

1. Meneghel, SN; Et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(4):743-752, abr, 2011.

2. Mota, JC; Vasconcelos, AGG; Assis, SG. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. Ciência & Saúde Coletiva, 12(3):799-809, 2007.

3. Villela, WVV; Et al. Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que Sofrem Violência. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.1, p.113-123, 2011.

4. Villela, WVV; Lago, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):471-475, fev, 2007.

5. Costa, MC; Lopes, Marta Julia Marques. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. Rev Esc Enferm USP. 46(5):1088-1095, 2012.

6. Santi, LN; Nakano, MAS; Lettiere, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2010 Jul-Set; 19(3): 417-24.

7. Baraldi, ACP; Et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 12 (3): 307-318 jul. / set., 2012.

8 Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ºed. São Paulo: Hucitec, 2004.

9. Schraiber, LB. Et al. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. Saúde e Sociedade 9(1/2):3-15,2000.

10. Almeida, APF; Et al. Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, 8 (1): 83-91, jan. / mar., 2008.

11. Vieira, LB; Padoin, SMM; Landerdahl, MC. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):609-16.

12. Oliveira, EM; et al. Atendimento as mulheres vitimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Revista de Saúde Pública,2005.
13. Bonfim, EG; Lopes, MJM; Peretto, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal. Esc Anna Nery Rev Enferm; 14 (1): 97-104, jan./mar., 2010.

14. Freitas, FC; Lima, Glória, M; Dytz, JLG. Atendimento à mulher vítima de violência sexual no Programa Violeta, Distrito Federal. Com. Ciências Saúde. 8(3):185-196, 2007.

15. Moura, MPB; Guimarães, NCF; Cripim, ZM. Assistência de Enfermagem às mulheres vítimas de violência: Revisão Integrativa. Revista de Enfermagem Centro Oeste Mineiro, 1(4):571-582, out/dez 2011.

16. Mattar, R; Et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):459-464, fev, 2007.

17. Andrade, CJM; Fonseca, RMGS. Considerações sobre violência doméstica gênero e o trabalho ds equipes de saúde da família. Rev Esc Enferm USP; 42(3):591-5, 2008.

18. Silva, IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S263-S272, 2003.

19. De Ferrante, FG; Santos, MA; Vieira, EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.31, p.287-99, out./dez. 2009.

20. Oliveira, EN; Jorge, MSB. Violência contra a mulher: Sofrimento psíquico e adoecimento mental. Rev. RENE. Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 93-100, maio./ago.2007.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# REDE DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

# NETWORK ATTENTION TO WOMEN IN VIOLENCE SITUATION: IMPLICATIONS FOR NURSING

# RED DE ATENCIÓN A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA: IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERÍA

CORTES, Laura Ferreira1
PADOIN, Stela Maris de Mello2

1 Enfermeira. Especialista. Mestranda pelo PPGEnf – UFSM/RS. Membro do Núcleo de Estudos Mulheres, Gênero e Políticas Públicas – NEMGeP do Depto. Enfermagem – UFSM/RS e do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade- PEFAS – UFSM/RS. E-mail: lferreiracortes@gmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Coordenadora do Programa de pós Graduação em Enfermagem da UFSM. Professora adjunta Depto. de Enfermagem UFSM/RS. Líder do GP-PEFAS – UFSM/RS. E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com

**RESUMO: Objetiva-se** tecer reflexões, acerca da rede de atenção às mulheres em situação de violência. **Resultados:** No Brasil, a violência contra as mulheres passa a ter maior visibilidade a partir de 1980, quando foi debatida pelo movimento feminista, resultando em grande sensibilização social. Exige-se, então, a implementação de políticas públicas articuladas nos diferentes setores sociais. Destaca-se a urgência da assistência ser integrada a outros serviços, com a finalidade planejar o cuidado integral e contribuir com o processo de transformação social. **Conclusões:** Há necessidade de inclusão do tema nas agendas institucionais, exigindo responsabilização e comprometimento dos serviços. Faz-se necessário suporte teórico e psicológico aos profissionais envolvidos na assistência e articulação de referenciais teóricos sobre o tema na formação em saúde, ampliando o cuidado para além do biológico e tecnicista, a fim de atuar a partir das demandas das mulheres, para que possam empoderarem-se de suas vidas e romper com a violência.

**DESCRITORES:** Violência contra a mulher; Rede de cuidados continuados de saúde; Enfermagem

**ABSTRACT:** The aim to weave reflections about the network of attention to women in violence situation. **Results:** In Brazil, violence against women is greater visibility from 1980, when it was debated by feminist movement, resulting in large social awareness. It requires the implementation of public policies articulated in different social sectors. The urgency of assistance be integrated with other services, in order to plan the full care and

contribute to the process of social transformation. **Conclusions:** there is a need to inclusion of the topic in the institutional demands, requiring accountability and commitment. It is necessary theoretical and psychological support to professionals involved in assisting and articulation of theoretical references on the subject in training in health, expanding care beyond the biological and technical basis in order to act on the basis of the demands of women, so that they can empower their lives and break away from the violence.

**KEYWORDS:** Violence Against Women;Delivery of Health Care; Nursing

**RESÚMEN:** El objetivo es tejer reflexiones acerca de la red de atención a mujeres en situación de violencia. **Resultados:** En Brasil, la violencia contra las mujeres pasa a ser más visible a partir de 1980, cuando fue debatida por el movimiento feminista, resultando en una gran conciencia social. Se requiere entonces la implementación de políticas públicas articuladas en los diferentes sectores sociales. Destaca la necesidad urgente de ayuda integrarse con otros servicios, con el fin de planear el cuidado integral y contribuir al proceso de transformación social. **Conclusiones**: Hay una necesidad de la inclusión del tema en las agendas institucionales, exigiendo la rendición de cuentas y compromiso. Es necesario apoyo teórico y psicológico a los profesionales involucrados en la asistencia y articulación de referencias teóricas sobre el tema en la capacitación en salud, ampliando la atención más allá de las bases biológicas y técnicas para actuar sobre la base de las demandas de las mujeres, para que puedan empoderarem sus vidas y romper con la violencia.

**PALABRAS CLAVE:** Violencia contra la Mujer; Prestación de Atención de Salud; Enfermería

## INTRODUÇÃO

A Lei 11.340, Lei Maria da Penha, [1] define a violência contra as mulheres (VCM) como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhes cause morte, lesão, sofrimento psíquico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial tanto no âmbito público como no privado. Esse tipo de violência possui como substrato as relações desiguais de gênero, ou seja, a construção cultural do ser homem e do ser mulher. Conforme padrões tradicionais de gênero a maior parte das mulheres ocupa posições secundárias e subalternas em relação aos homens, o que outorga ao masculino poder e dominação sobre o feminino, contexto que, muitas vezes, justifica e propicia atos de violência. [2,3]

A VCM configura-se como uma das principais formas de violação aos direitos humanos, atingindo as mulheres em seus direitos à vida, saúde e à integridade física. Devido à relevância do problema e dos múltiplos segmentos sociais envolvidos, suscita-se que as intervenções direcionadas às mulheres em situação de violência seja por meio de uma rede de atenção qualificada, articulada e representativa das singularidades das mulheres

atendidas. [4] O setor saúde tem sido um campo pioneiro e estratégico para a identificação das situações de violência e de produção crítico-reflexiva sobre este fenômeno. [5] Dessa forma, a interface entre a violência e os serviços de saúde deve ser pensada por meio da lógica do Sistema Único de Saúde (SUS), juntamente com outros setores que constituem a rede de suporte social. [6] Diante desta realidade, questiona-se o preparo dos profissionais da área da saúde e de outros serviços, especialmente profissionais de enfermagem, para atuar nos serviços de atenção a estas mulheres. Já que, em geral, a assistência ocorre de maneira fragmentada e pontual, restrita ao tratamento das lesões físicas, demonstrando um despreparo dos serviços, para desenvolver um atendimento em rede, resolutivo e com vistas à integralidade. [7,8] Esta fragilidade também é afirmada pelo fato de as mulheres em situação de violência percorrem muitos caminhos, em função de um processo desarticulado dos serviços. [6,9] Considera-se que isso esteja atrelado ao fato de a violência ainda não estar incluída como causa na demanda dos serviços, sendo considerada, muitas vezes, como uma questão do âmbito privado e não de saúde pública. [8] Os profissionais de saúde, sobretudo os da área da enfermagem, na maioria das vezes, realizam os primeiros atendimentos às mulheres violentadas. Portanto, deveriam estar apropriados do acolhimento das demandas e necessidades intersetoriais dessas mulheres. Isto fomenta a necessidade ampliar o olhar no que tange as relações entre profissionais e as usuárias atendidas, a fim de se buscar estratégias de trabalho que englobem as questões de saúde, direitos, cidadania e a articulação de diferentes serviços e setores como forma de ir ao encontro do preconizado nas políticas públicas dirigidas às mulheres em situação de violência. Neste contexto, tem-se como **objetivo** tecer reflexões, acerca da rede de atenção às mulheres em situação de violência. Na sequência destacam-se considerações a respeito da violência contra as mulheres como um problema de saúde pública e sobre as possibilidades de redes de atenção às mulheres.

**Violência contra as mulheres do âmbito histórico e familiar a um problema de saúde pública**

A VCM não é algo novo, uma vez que, desde a Idade Média, os maus-tratos infligidos às mulheres eram tolerados e até enaltecidos como práticas cujos propósitos eram corrigi-las de suas manchas e erros. [2] Configurando-se ainda como uma forma de autoridade patriarcal, na qual o homem possui o domínio, muitas vezes, é aceita e naturalizada pela sociedade. Sendo assim, a convivência da mulher com a atitude violenta tornou-se parte da sua vida cotidiana. [10] Tais fatos podem ser justificados pelo entendimento que, de modo geral, a VCM acontece lentamente, em espaços privados, protegidos, chamados de lares, sendo geralmente praticada pelo companheiro ou ex-companheiro. Além disso, a VCM se transforma em uma das principais causas de adoecimento físico, sexual, psíquico e social, sendo considerada como um fator de risco de doenças e eventos prejudiciais à saúde. [2] Em âmbito nacional, a temática passa a ter maior visibilidade a partir dos anos 1980, quando foi amplamente debatida pelo movimento feminista, resultando em grande sensibilização social. Nessa década, foram criados conselhos femininos para lidar com a violência

conjugal. Em 1984, foi ratificada a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Como resultado foram criadas delegacias de polícia especializadas em crimes de violência contra as mulheres, as casas-abrigo e os centros de referência no atendimento. [4,11] Atualmente a VCM tem se configurado um importante condicionante da saúde feminina, bem como um grave problema de saúde pública3, devido à magnitude dos dados epidemiológicos, gastos no sistema de saúde, impactos sociais, econômicos, na vida das mulheres e demais envolvidos. [12] Apesar da visibilidade que o fenômeno vem alcançando, ainda em países como o Brasil parece haver um acirramento da violência contra as mulheres. Já que historicamente vive-se em uma cultura na qual o homem é o centro das coisas e as mulheres, em geral, encontram-se em segundo plano. O que lhes confere um total desrespeito aos seus direitos, seja no espaço privado, seja no público. [2] Dados da realidade brasileira apontam que, em 2009, a cada 1.000 mulheres, 25,9% foram agredidas pelo cônjuge/ex-cônjuge, sendo que na Região Sul num total de 1000 mulheres, 137 mulheres foram agredidas, das quais 28,5% foi agredida pelo cônjuge/ex-cônjuge. Com relação ao local da agressão 43,1% das mulheres agredidas sofreram a violência na própria residência[13]. No âmbito profissional, estudo buscou conhecer as representações sociais da violência contra as mulheres na perspectiva de enfermeiras [8:11], e mostrou que essa representação fica restrita ao âmbito "do apoio", não sendo entendida como um problema de saúde pública. Dessa forma não se vincula ao comprometimento institucional de identificar os sintomas, reconhecer a mulher em situação de violência e incluir os demais encaminhamentos que envolvem o atendimento de saúde a essas mulheres. O caráter multidimensional do problema exige a implementação de políticas públicas amplas e articuladas nos diferentes setores da vida social. Para tanto, os esforços intersetoriais devem resultar em ações que desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero. Também se faz necessário interferir nos padrões machistas e sexistas ainda vigentes na cultura e sociedade brasileiras, bem como promover o empoderamento das mulheres. [4]

**Possibilidades na construção de redes de atenção no enfrentamento à violência contra as mulheres**

Até o ano de 2003, as iniciativas de enfrentamento à violência contra as mulheres eram essencialmente constituídas por ações isoladas, referindo-se principalmente às estratégias de capacitar profissionais da rede de atenção às mulheres em situação de violência e, de criar serviços especializados, tais como: Casas-Abrigo e Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. [4]

As recomendações da Convenção da Organização das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a qual o Brasil é signatário fortaleceram os avanços para o enfrentamento da VCM no país. E a partir da criação da SPM, as políticas públicas são ampliadas e passam a incluir ações integradas, como: criação de normas de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, projetos educativos e culturais de prevenção à violência. Também, a

ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública. Retrata-se a mudança nos diferentes documentos e leis publicados neste período, tais como: as Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência (2003); os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (2004; 2008), a Lei Maria da Penha (2006), a Política e o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2003; 2011), Norma Técnica do Centro de Atendimento à mulher em situação de Violência (2006), entre outros. [4] Em 2004, foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Esse documento representa uma conquista na área, uma vez que traça diretrizes políticas de Estado na atenção à saúde das mulheres, em especial ações prioritárias de promoção e atenção às mulheres em situação de violência. No mesmo ano, a partir da I Conferência Nacional de Políticas para as mulheres, é criado o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, documento que estabeleceu como um de seus eixos estruturantes o enfrentamento a todas as formas de violência contra as mulheres. Reconhecendo-se assim o problema como uma questão de saúde pública [4]. Além disso, a luta das mulheres por uma legislação que acabasse com a impunidade no cenário nacional de violência doméstica e familiar culminou com a criação da Lei Maria da Penha, em 2006. A qual coíbe e tipifica todas as formas de violência contra as mulheres brasileiras. [1] Tendo em vista a relevância do problema no contexto nacional e internacional, ressalta-se a importância do trabalho intersetorial formando uma rede ampliada de cuidados às mulheres em situação de violência. Assim, a vinculação das equipes de saúde a esta deve acontecer de forma a compor uma rede com „nós", ou seja, serviços, que se conectem, pressupondo comunicações. [14] Em âmbito municipal, encontra-se em fase de implantação um fluxo de atenção às mulheres em situação de violência. Os serviços que compõem este fluxo são os de assistência social: três Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e dois Centros Regionais Especializados de Assistência Social (CREAS); uma delegacia especializada no atendimento às mulheres, uma casa-abrigo, um Pronto Atendimento Municipal e um Pronto Socorro regional (PS-HUSM), o qual é referência, junto ao Centro Obstétrico deste hospital, para os casos de violência física e sexual na região Centro do Estado. Em âmbito primário o município também dispõe de unidades de saúde, a citar: [13] Unidades de Estratégia de Saúde da Família e 16 Unidades Básicas de Saúde. Além destes, existe um ambulatório municipal de saúde mental que atende mulheres, mediante encaminhamentos dos demais serviços. Destaca-se a urgência da assistência ser integrada a outros serviços e equipes multiprofissionais e interdisciplinares, com a finalidade de que se possa planejar o cuidado integral, bem como contribuir com o processo de transformação social. Torna-se, assim, imprescindível às equipes multiprofissionais de saúde, em especial aos profissionais de enfermagem conhecerem as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres; bem como, a estruturação dos serviços de forma a compor a rede de atenção a essa população no município de Santa Maria-RS. Isto vai ao encontro de estudo realizado com profissionais de enfermagem e de medicina de um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul sobre a assistência às mulheres em situação violência.

Uma vez que, quanto ao conhecimento de serviços de apoio para encaminhamentos, tais profissionais relatam fazerem as primeiras orientações e encaminharem as mulheres para alguns serviços: delegacia de polícia para a mulher e serviços de apoio psicossocial. Porém, desconhecem o funcionamento destes, ou seja, as ações realizadas. Ainda, conforme o estudo inexiste um diálogo ou fluxo formalizado para o atendimento às mulheres. [7] Nesse contexto, a Enfermagem como profissão tem avançado por meio da produção e apropriação do conhecimento a fim de dar visibilidade à VCM nas suas atitudes, práticas e habilidades necessárias para lidar com esse problema de uma forma sensível e competente. Estudos apontam que as profissionais enfermeiras tendem a demonstrar mais sensibilidade com o tema. [15] No entanto, a VCM ainda é representada, na ação de enfermeiras, restrita ao universo consensual, do senso comum, no qual sentimentos como revolta e carinho permeiam o cuidado das mulheres em situação de violência que procuram os serviços de saúde. A representação sobre o tema restringe-se a idéia de apoiar, não se vinculando ao comprometimento institucional de reconhecer essas mulheres e contemplar os encaminhamentos que envolvem o seu atendimento de saúde. Considera-se importante confortar as mulheres e pautar as ações de cuidado no carinho, porém essas se restringem ao cunho pessoal. O enfrentamento do problema exige a utilização de ações técnicas: esclarecer sobre seus direitos como mulher; articular os demais serviços de referência no atendimento. [8] A enfermagem, em sua prática cotidiana de cuidado nos diferentes serviços de saúde, precisa buscar orientar e conduzir a mulher para que a sua necessidade de justiça em relação à violência seja atendida. Para tanto, deve integrar à assistência a outros serviços, de modo a contemplar a intersetorialidade, fundamentando-se na legislação que coíbe a violência, a fim de proporcionar o amparo legal às mulheres. [10] Nesse sentido, para que possa ocorrer a realização do cuidado de qualidade, é necessário que os profissionais desenvolvam competências, ética, conhecimento técnico-científico e condições para o exercício profissional. [16]

Apesar do entendimento que o conceito de saúde encontra-se com a relação social e do paradigma sanitário estar presente no cotidiano dos profissionais de enfermagem, ainda permanece, na prática, o reflexo do modelo de saúde flexneriano, centrado no biologicismo. [16] E, o cuidado às mulheres em situação de violência, muitas vezes, encontra-se permeado pela valorização do saber técnico. Destaca-se assim, a necessidade de os profissionais atuarem não só como intervencionistas nos agravos físicos, mas como agentes de promoção da saúde, constituintes de uma rede de serviços que buscam enfrentar as sequelas e disseminação de uma cultura de violência. [10] Para realizar o cuidado de enfermagem é necessário o desenvolvimento do vínculo e da confiança. Para tanto, as mulheres precisam sentir-se seguras frente a quem cuida uma vez que por si só o contexto de violência propicia muita insegurança. [3] À medida que os profissionais instituem uma relação de confiança com as mulheres a percepção delas sobre o suporte e o acolhimento recebido se transforma, e é possível que criem maior vínculo com o serviço e iniciem um processo para sair da situação de violência. [17] As mulheres alteram o uso do serviço de saúde após seus atendimentos com

técnicas de escuta, diminuindo suas demandas de pronto-atendimento e voltando-se mais a modalidades assistenciais programadas. [18] Observa-se que em serviços de saúde cujos profissionais são preparados para atender casos de violência contra as mulheres como demanda, elas são acolhidas, recebem informações como o direito à denúncia e sobre as redes de suporte que podem ser acionadas. Os profissionais se envolvem nos casos marcando retornos da mulher na unidade, onde ela é acompanhada. Ampliam esses atendimentos aos familiares com o objetivo de incluí-los na rede social de apoio da mulher. As equipes procuram trabalhar as questões afetivas com apoio da psicóloga e as ocupacionais com apoio da assistencial social, procurando construir com as mulheres alternativas para sair da situação.[19] Técnicas específicas de conversa que produzem orientação, mapeando o problema e alternativas de solução junto às mulheres são formas de lidar com a situação de violência que não configura uma única forma para todos os casos. A avaliação, seguindo este caminho, necessita verificar o impacto da atividade no trabalho dos profissionais e nos projetos de vida das mulheres atendidas. [18]

## CONCLUSÃO

A violência contra as mulheres necessita ser incluída nas agendas institucionais para além dos atendimentos, a fim de ser considerada um problema que exige responsabilização e comprometimento dos serviços no campo intersetorial. Para tanto, deve-se contar com a efetiva comunicação entre os serviços, além de constante suporte teórico e psicológico aos profissionais envolvidos na atenção. Para que os profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, realizem identificação dos casos e intervenção junto às mulheres é fundamental que reconheçam os agravos físicos, psíquicos e sociais decorrentes da agressão. Esses profissionais podem contar com técnicas de entrevista que evoquem informações precisas no processo de avaliação, preocupando-se com a segurança, autoestima, direitos e bem-estar das mulheres e suas famílias. Ressalta-se que o processo de cuidar não ocorre isoladamente, mas por meio de intencionalidade, interação, disponibilidade e confiança entre profissional e usuária. Há necessidade de tencionar a formação desses profissionais para processos que desencadeiem mudanças no sistema de atenção, de gestão e cuidado em saúde, para que essas práticas possam ser incorporadas nas instituições que atendem as mulheres em situação de violência. Destaca-se que profissionais de enfermagem necessitam dispor de conhecimento acerca das manifestações da violência e dos serviços que compõe a rede de atenção a essas mulheres. Também é fundamental que se conheça a forma como os serviços se organizam e se articulam. Dessa forma, considera-se imprescindível para realizar um cuidado de enfermagem que vise à integralidade, que sejam desenvolvidas habilidades para o trabalho interdisciplinar e intersetorial. Faz-se necessário articular referenciais teóricos de cuidado às mulheres em situação de violência na formação em saúde, em especial no ensino de enfermagem. Também ampliar o foco do cuidado para além da perspectiva biológica e tecnicista, problematizando junto às instituições cuidadoras o suporte para atuar a partir das demandas

das mulheres, a fim de que possam apropriar-se de suas vidas e se empoderarem para romper com o ciclo de violência. Devido à complexidade do problema incita-se a repensar as práticas de cuidado de modo a (re)organizar a maneira como os serviços se estruturam a fim de compor uma rede de atenção e garantir o acesso às usuárias no SUS. Recomenda-se, assim, o desenvolvimento de estudos com abordagem multiprofissional que versem sobre a rede de atenção a esse público.

**ÁREA TEMÁTICA:** Redes

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006: coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília (DF): SPM; 2011.

2. Oliveira EM, Jorge MSB. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. Rev. RENE. 2007; 8(2): 93-100.

3. Cortes LF, Padoin SMM, Paula, CC, Vieira LB, Landerdahl MC, Silva EB. Limitations and possibilities on health assessment to women in violence situation. Health. 2013; 5(7A4):45-51.

4. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília (DF); 2011.

5. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2009; 14(5):1641-49.

6. Santi LN, Nakano MAS, Lettiere A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(3):417-24.

7. Vieira LB, Padoin SMM, Landerdahl MC. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(4):609-16.

8. Leal SMC, Lopes MJM, Gaspar MFM. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. Interface- Comunicação Saúde, Educação. 2011; 15(37):409-424.

9. Leôncio KL, Baldo PL, João VM, Biffi RG. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. Rev. Enferm. UERJ. 2008; 16(3):307-12.

10. Vieira LB, Padoin SMM, Souza IEO, Paula CC. Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida. Esc Anna Nery. 2011; 15(4):678-85.

11. Moreira SNT, Galvão LLF, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. Rev Saúde Pública. 2008; 42(6):1053-9.

12. Costa JSD, Victora CG. O que é "um problema de saúde pública"? Rev Bras Epidemiologia. 2006; 9:144-51.

13. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE. Anuário das mulheres brasileiras. São Paulo (SP): DIEESE, 2011.

14. Ceccim, RB, Ferla, AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos, RA, organizador. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Editora IMS, UERJ; 2006.

15. Sagot M. The Critical Path of Women Affected by Family Violence in Latin America: Case Studies From 10 Countries. Violence against women. 2005; 11(10):1292-1318.

16. Chrizostimo MM, Rosas AMMTF, Alves L, Bartoly MG, Silva CMC, Alves, EMC. O significado da assistência de enfermagem segundo abordagem de Alfred Schütz. Ciencia y Enfermeria. 2009; 15(3): 21-28.

17. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. Ciência e Saúde Coletiva. 2013; 18(5),1293-1304..

18. D"Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand, J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2009; 14(4), 1037-50.

19. Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. Interface - Comunic Saude Educ. 2009; 13(28):165-74.

# PRINCIPAIS MOTIVOS QUE GERAM A BUSCA DO USUÁRIO AO SERVIÇO DO PRONTO-SOCORRO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

# MAIN REASONS THAT LEAD PATIENTS TO LOOK FOR MEDICAL CARE AT THE EMERGENCY ROOM AT HUSM

# LAS RAZONES PRINCIPALES QUE GENERAN LA BÚSQUEDA DEL USUARIO AL SERVICIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA

CARDOSO, Andreza Lima1
DE LIMA, Suzinara Soares2
BONADIMAN, Priscila Bolzan3
PERRANDO, Miriam da Silveira4
CESCHINI, Amanda5
ARAÚJO, Caroline Pacheco6
BORDIGNON, Juliana Silveira7
TIMM, Marcella Simões8

1 Estudante. Relatora.Graduanda do 6º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde Coletiva. Bolsista PET-SAÚDE. dezalc@hotmail.com
2 Enfermeira. Orientadora. Pós Doutora. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Tutora PET-SAÚDE.
3 Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Enfermeira assistencial do Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria.
4 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
5 Estudante. Graduanda do 5º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde Coletiva.
6 Estudante. Graduanda do 8° Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde Coletiva. Bolsista PET-Enfermagem.
7 Estudante. Graduanda do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem.
8 Estudante. Graduanda do 8° Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde Coletiva. Bolsista PET-Enfermagem.

**RESUMO:** A procura espontânea à assistência de saúde pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) continua centrada nas emergências dos hospitais, e geralmente não coincide com os critérios de atendimento de nível de atenção terciária, o que acarreta na superlotação e baixa resolutividade do atendimento desses serviços. É crescente o número de atendimentos no Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (PS -HUSM),

assim como em todo o país. Dessa forma este estudo objetiva conhecer os motivos pelos quais os usuários procuraram esse serviço. A análise foi realizada por meio de entrevistas do estudo realizado pelo Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde Urgência e Emergência intitulado como "REESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS", realizado no período de maio a agosto de 2013, sendo analisadas 50 entrevistas. O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com CAEE 15032413.3.300005346. Analisou-se que a maioria dos usuários procura o PS do HUSM para casos de traumas, Diabetes Mellitus descompensado e Hipertensão Arterial. Os motivos que os fazem não procurar os serviços de Atenção Primária é a não resolutividade do caso clínico, assim como a dificuldade com os horários de atendimento. Concluímos que quando o serviço de atenção básica é bem estruturado, o PS realiza o seu papel dentro da hierarquização do SUS.

**ABSTRACT:** The spontaneous demand for health care by the users of the Unified Health System (SUS) remains very focused on the emergency room, and generally does not match the criteria of service-level tertiary care, resulting in overcrowding and poor solutions of care these services. A growing number of attendances at the Emergency Room of the University Hospital of Santa Maria (PS-HUSM), as well as across the country. Thus this study aims to know the reasons why users search this service. The analysis was conducted through interviews of the study by the Labor Education Program - PET Health Emergency Department titled "RESTRUCTURING OF THE NETWORK OF ATTENTION TO THE EMERGENCY AND EMERGENCY" which was conducted in the period May to August 2013, and analyzed 50 interviews. The project was approved by the Ethics and Research with CAEE 15032413.3.300005346. We analyzed that most users looking for the PS HUSM cases of trauma, decompensated diabetes mellitus and Hypertension. The reasons that do not seek the services of Primary is not solving the case study, as well as difficulty with opening hours. We conclude that when the primary service is well structured, the emergency room perform their role within the hierarchy of the SUS.

**RESUMO:** La demanda espontánea de atención de la salud por los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) sigue siendo muy centrada en la sala de emergencia, y en general no coincide con los criterios de atención terciaria de nivel de servicio, lo que resulta en soluciones de hacinamiento y las malas de la atención estos servicios. Un creciente número de asistencias a la sala de emergencias del Hospital Universitario de Santa Maria (PS-HUSM), así como en todo el país. Así, este estudio tiene como objetivo conocer las razones por las que los usuarios buscan en este servicio. El análisis se realizó a través de entrevistas del estudio realizado por el Programa de Educación para el Trabajo - Departamento de Emergencia de Salud PET titulado "REESTRUCTURACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN A LA EMERGENCIA Y DE EMERGENCIA", que se llevó a cabo en el período de mayo a agosto de 2013, y se analiza 50 entrevistas. El proyecto fue aprobado

por el Comité de Ética e Investigación con CAEE 15032413.3.300005346. Se analizó que la mayoría de los usuarios que buscan los casos PS HUSM de trauma, diabetes mellitus descompensada y la hipertensión. Las razones por las que no buscan los servicios de primaria no está resolviendo el caso de estudio, así como la dificultad de las horas de apertura. Llegamos a la conclusión de que cuando el servicio primario está bien estructurado, la sala de urgencias realizar su papel dentro de la jerarquía del SUS.

**DESCRITORES:** Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Atenção Terciária à Saúde

**DESCRIPTORS:** Delivery of Health Care; Primary Health Care; Tertiary Healthcare

**DESCRIPTORES:** Prestación de Atención de Salud; Atención Primaria de Salud; Atención Terciaria de Salud

**INTRODUÇÃO:** A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) exige esforço intenso e solidário entre as esferas de governo, que envolve a Gestão do Sistema, os Conselhos de Saúde e os Recursos Humanos do setor. O empenho destes segmentos constitui a base para a viabilização e a implementação de ações e de serviços acolhedores, qualificados e resolutivos, e para permitir avançar no acesso e na inclusão de todos os cidadãos a este Sistema[1]. O cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) foi ordenado em níveis de atenção, assim, temos a assistência básica, a média e a de alta complexidade, visando à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema de saúde[2]. A Assistência básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, que se orienta por todos os princípios do sistema. Abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, de forma individual e coletiva, porém emprega tecnologia de baixa densidade, tem como referencia as Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. A média complexidade, são os ambulatórios, Pronto Atendimentos e hospitais de nível secundário, é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio ao diagnóstico e tratamento. Já a alta complexidade, envolve os grande hospitais, alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso à serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)[3].Mesmo com a caracterização do atendimento dos três níveis de atenção à saúde, o atendimento a situações de urgência, ao longo da existência do SUS, continuou centrada nos hospitais[4]. A Legislação do SUS, embora não tenha tratado, especificamente, da atenção às urgências, definiu as competências de cada esfera de governo, delegando aos gestores, federal, estadual e municipal, e aos respectivos Conselhos

de Saúde a autonomia para a edição e aplicação de medidas, normas técnicas e estratégias visando a sua implantação e implementação, garantidas as diretrizes de universalidade e de igualdade de acesso e da integralidade de assistência. Apesar da hierarquização dos serviços, divididos pelo seu grau de complexidade da assistência a procura de usuários do SUS aos hospitais é em sua maioria, determinado pela procura espontânea, findando com superlotação dos serviços de emergências dos grandes hospitais e, consequentemente, com a percebida baixa qualidade da assistência prestada[5].Tem-se o conhecimento de que a procura por serviços de urgência e emergência em hospital de alta complexidade, para casos que poderiam ser resolvidos em serviços de menor densidade tecnológica, ocorre independente do nível de desenvolvimento econômico e social dos países[6]. Ainda com a progressiva expansão da rede básica e da implantação do Programa Saúde da Família, a demanda pelos serviços de urgência e emergência não vem se modificando. A Atenção Básica como principal porta de entrada ainda não é referência para grande parte da população nas redes de serviços de saúde do SUS, que acaba procurando o pronto-socorro como porta de entrada preferencial. Tal situação, analogicamente, inverte a "pirâmide" de atenção, na qual o uso de serviços terciários como porta de entrada compromete a eficácia, a efetividade e a eficiência de todo o sistema[7]. A proposta de "regionalização e hierarquização dos serviços", demonstrada na pirâmide descrita, está indissociavelmente ligada à ideia de expansão da cobertura e democratização do acesso aos serviços de saúde para todos os brasileiros. A formulação de uma "porta de entrada" para garantir acesso universal ao sistema pode ser vista como a expressão semiótica da diretiva política do movimento sanitário; o espaço propiciado por uma ampla rede básica de serviços de saúde, com responsabilidade pela atenção a grupos populacionais bem definidos (população adscrita), parece como o ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo hegemônico vigente, sabidamente centrado no atendimento médico, medicamentalizante, com pouca ou nenhuma prática de prevenção das doenças e promoção da saúde. O espaço da rede básica seria então o locus privilegiado para a testagem e construção de um modelo contra-hegemônico de atenção à saúde. A hierarquização dos serviços seria a principal estratégia para a racionalização no uso dos parcos recursos existentes no setor saúde. Representaria a utilização do recurso tecnológico certo, no espaço certo, de acordo com necessidades bem estabelecidas dos usuários. A hierarquização garantiria o acesso, para o paciente que entrou pela "porta de entrada", a todas as possibilidades tecnológicas que o sistema de saúde dispusesse para enfrentar a dor, a doença e o risco da morte. A proximidade do serviço de saúde da residência do usuário seria um facilitador tanto do acesso, como possibilitaria a criação de vínculos entre a equipe e a clientela[8]; A procura por determinados serviços de saúde envolve experiências e percepções que, dependendo do modo como foram vivenciadas ou são conhecidas, definirão a escolha pelo usuário. Dessa forma, são influentes a gravidade ou a urgência do problema/necessidade, a tecnologia disponível no serviço, a resolutividade da assistência, o acolhimento humanizado, as facilidades de acesso, a agilidade no atendimento, as experiências vividas pelo paciente ou

sua família, a rapidez na marcação de exames ou encaminhamentos para outros serviços, bem como o vínculo estabelecido pelo usuário com profissionais, os serviços e o sistema de saúde[9]. Em detrimento da limitada oferta de serviços, os usuários procuram atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada, e os pronto-socorros e emergências hospitalares correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil, resolutiva e concentrada. Apesar de superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses locais reúnem um somatório de recursos, quais sejam, consultas, remédios, procedimentos, exames laboratoriais e internações, enquanto as unidades de saúde da Atenção Básica oferecem apenas a consulta médica[10]. Ademais os serviços de atenção primária tem seu horário de funcionamento limitado, normalmente das oito da manhã às 17 horas da tarde, o que se torna um empecilho para os usuários que trabalham nesse período. Contudo, a falta de definições políticas, a baixa resolutividade e qualidade oferecida nos serviços, aliada à dificuldade de mudança nos hábitos culturais e crenças da população têm levado o usuário a buscar a assistência médica onde exista a porta aberta. Assim, como a maior parte dos serviços de emergência do país, a superlotação do Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria – RS, é um dos principais problemas do sistema de saúde local, pois a procura desse serviço pela população muitas vezes promove o pronto-socorro a um prestador de atenção primária à saúde, e não, de fato, destinado ao atendimento de urgência, uma vez que esse serviço é referencia na região central do Rio Grande do Sul. Constata-se divergência no modo de pensar e tratar a urgência pelos gestores, profissionais de saúde e usuários desse serviço. Apesar da disponibilidade de portas de entrada no sistema de saúde hierarquicamente estabelecidas pelos gestores e técnicos, verifica-se a busca da população pelos serviços de urgência, sem que fique clara a compreensão sobre os motivos dessa procura6. Frente a isso, este estudo tem como objetivo referir os motivos pelos quais a população procura o pronto-socorro do HUSM, por meio da analise de entrevistas realizadas nesse serviço pelo grupo do Programa de Educação Pelo Trabalho- Pet Saúde Urgência e Emergência e que têm como título o Estudo "Reestruturação da Rede d Atenção às Urgências e Emergências". "As questões analisadas foram: "Qual o motivo da sua consulta neste PA" e "Por que você não procurou a sua unidade de saúde?". Portanto, tem-se que estes fatores são fundamentais para a elaboração de políticas públicas de saúde que proporcionem qualificação do atendimento de urgência e emergência e um aumento do poder de resolução da atenção básica. **OBJETIVOS:** Buscar identificar os principais motivos de saúde que geram a busca do usuário ao serviço de pronto-socorro do HUSM.

**METODOLOGIA:** O presente trabalho foi realizado a partir do Projeto Redes de Atenção à Saúde na Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, que responde ao edital 24/2011 referente ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE, do sub grupo Pet- Saúde Urgência e Emergência. O cenário do estudo foi o Pronto Socorro clínico, cirúrgico, psiquiátrico, pediátrico e o centro obstétrico do Hospital

Universitário de Santa Maria – RS, situado no Bairro Camobi- Cidade Universitária, nos meses de maio a agosto de 2013. Este PS recebe pacientes de toda a região, e atende única e exclusivamente pacientes do SUS. Abrange uma região de 46 municípios, sendo referência terciária e de alta complexidade para vários tipos de patologia e é campo de estágio para todos os cursos da área da saúde. Foi realizado um levantamento de dados utilizando o método descritivo e analítico do tipo transversal por meio de entrevistas que tinham como titulo do estudo "Reestruturação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências". Através da análise parcial de 50 entrevistas foram analisadas duas questões: "Qual o motivo da sua consulta neste PA" e "Por que você não procurou a sua unidade de saúde?".

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os resultados apresentados a seguir correspondem aos motivos que levaram os usuários a consultas no PS do HUSM e por que esses usurários não procuram a Unidade de Saúde mais próxima de sua casa nos meses de maio a agosto de 2013. Foram analisadas 50 entrevistas nos diferentes horários e dias da semana no PS clínico, pediátrico, psiquiátrico e obstétrico. Não houveram critérios de exclusão. De acordo com as entrevistas, analisou-se que (24%) Procuraram o PS por Traumas (acidentes de transito, quedas de idosos); (24%) Hipertensão Arterial Sistêmica/Diabetes Mellitus/Insuficiência Cardíaca descompensado/ Angina; (10%) Sintomas Gastrointestinais Agudos (16%) Febre; (14%) Outro motivo agudo (apendicite, cálculos biliar e renal, infecção); (6%) Consulta de Rotina; (6%) Dor Crônica (agudizada). Em relação aos motivos que levam aos usuários procurarem o PS do HUSM e não a Unidade Básica são: (32%) Procuraram a UBS, porém não tiveram seus casos resolvidos; (30%) Relatam a dificuldade com os horários de atendimento da UBS; (20%) Má qualidade do atendimento da UBS (por falta de médico, principalmente); (6%) Dificuldade para conseguir ficha/consulta; e (4%) Demora no atendimento. No HUSM, assim como em todo país, o aumento da demanda por serviços nos Pronto-Socorros, é devido ao crescente número de doenças cardiovasculares, acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede, estes são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população[11]. Ademais, esses dados corroboram com o pressuposto de que em razão da oferta restrita de serviços, os usuários procuram atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada e resolutividade, e os pronto-socorros e emergências hospitalares correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada. Esses serviços reúnem um somatório de recursos, quais sejam, consultas, remédios, procedimentos, exames laboratoriais e internações, enquanto as unidades de saúde da Atenção Básica oferecem apenas a consulta médica, o que vai ao encontro do dado que mostra que os usuários não encontram a resolutividade nas unidades básicas de saúde[12].Observa-se assim, que a população busca uma resolução de seus problemas, que no momento agudizante, se tornam muito importantes e que necessitam uma solução o mais rápido possível.

**CONCLUSÃO:** O estudo possibilitou verificar que o maior número de usuários procura o Pronto Socorro do HUSM por motivos referente a traumas causado por acidentes e quedas, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial descompensados, assim como por febre, infecções e outros motivos agudos. Motivos esses que poderiam ser prevenidos e tratados na Atenção primária através da educação e promoção em saúde e reformulação de políticas públicas que contemplassem o cuidado integral e preventivo por meio de uma visão holística ao ser humano, assim como programas de conscientização aos cuidados no transito e cuidado ao idoso na prevenção de quedas. Também observou-se que a não procura da unidades básicas de saúde deve-se a dificuldade com os horários de atendimento, a não resolutividade de seu problema ao procurar a UBS, e a má qualidade do atendimento das mesmas. Os usurários acreditam que estão melhor amparados nos hospitais que na atenção básica, por isso, preferem ir até a esses serviços por problemas que muitas vezes poderiam ser resolvidos em nível básico, além deste fato, há que se considerar o tempo de espera para o atendimento na UBS. A demanda espontânea para os hospitais é justificada também pelos horários em que as unidades básicas não estariam funcionando e para os casos de urgência e emergência. Uma sugestão, seria formular e organizar protocolos que estabeleçam quais são as patologias e casos clínicos que necessitam ter acompanhamento mais apropriado que não aquele atendimento que está sendo feito no pronto-socorro. Com base nestes protocolos, as equipes dos serviços de emergência deveriam se responsabilizar pelo encaminhamento do paciente para o espaço tecnológico adequado dentro do sistema, dessa forma, não deixando o usuário vulnerável na rede. Nota-se que os usuários vêem a rede de atenção à atenção à saúde de forma a resolução de seus problemas, ou seja quando ela não da conta de suas necessidades eles procuram uma outra porta que sane suas dificuldades. Portanto, a organização da rede de atendimentos do SUS aperfeiçoa o atendimento assistencial, bem como agiliza as necessidades provenientes da população, diminuindo os riscos e aumentando a qualidade da assistência prestada e consequentemente reestabelecendo e tratando precocemente os agravos.

Á**REA TEMÁTICA:** Redes

**REFERÊNCIAS:**

1.SANTA MARIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2009-2012**. Santa Maria, 2008.

2.SOUZA, GOMIDE, M.F, PINTO, I.C, GOMIDE, D.M.P, ZACHARIAS, F.C.M. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento, **Medicina (Ribeirão Preto),** v.45, nº1, p 31-38, 2012. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista Acesso em: 26 out 2012.

3.BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Assistência de alta e média complexidade. Brasília: CONASS, 2011.

4.SANTOS, J.S. Da Fundação e Hospital das Clínicas à Criação da Unidade de Emergência e sua Transformação em Modelo Nacional de Atenção às Urgências. **Medicina,** Ribeirão Preto, v.35, p. 403-418, 2002.

5.BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências - **Portaria GM Nº 1863**, de 29 de setembro de 2003, Brasil. Ministério da Saúde, Brasília, 2003.

6.RATI, R.M.S, GOULART, L.M.H.F, ALVIM, C.G, "Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes, **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, 2012.

7.SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Agenda do gestor municipal de saúde: organizando o sistema a partir da atenção básica.** São Paulo: SES/SP, 2009, p. 54, 2009.

8. CECILIO, L.C.O. "Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada". Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 13 (3):469- 478, jul-set, 1997.

9. TRAVERSO-YÉPES M, MORAIS N.A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento**. Cad Saúde Pública, v.20, nº1, p.80-88, 2004.**

10.MARQUES, G.Q, LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino - Am Enfermagem,** 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci > Acesso em: 22 de julho de 2013.

11.BRASIL. Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf.> Acesso em 23 de julho de 2013.

12.MARQUES, G.Q, LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino - Am Enfermagem,** 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Acesso em: 25 de julho de 2013.

# CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

# CHARACTERIZATION OF USERS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN THE CITY OF SANTA MARIA/RS

# CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA CIUDAD DE SANTA MARIA/RS

ARAÚJO, Caroline Pacheco1
BORGIGNON, Juliana Silveira2
CARDOSO, Andreza Lima3
FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva4
MARTINS, Sharon da Silva5
POLL, Marcia Adriana6
WEILLER, Teresinha Heck7

*1Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM). Bolsista do Programa de Educação Tutorial- PET do curso de Enfermagem/UFSM/RS. E-mail: nine_pach@hotmail.com
*2Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: jubordignon1@hotmail.com
*3Acadêmica do 5º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: dezalc@hotmail.com
*4 Enfermeiro Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. E-mail: marcelonsf@gmail.com
*5Enfermeira da Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS. E-mail: sharonsm2005@yahoo.com.br
*6 Enfermeira, Mestre em Enfermagem PPGEnf /FURG. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Coordenadora do projeto PROEXT/Mec 2013 - Programa de Extensão Universitária MEC/SESu. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf – FORS). E-mail: adripoll@hotmail.com
*7Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Profa Adjunto do Dep. de Enfermagem/UFSM. E-mail: weiller2@hotmail.com
*Membros do Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Saude Coletiva-GEPESC/UFSM

**RESUMO:** Ao longo dos anos, a insuficiência renal crônica vem tornando-se um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Além do tratamento que demanda custos elevados, ela traz consigo potenciais complicações para o doente e o Estado Brasileiro, pois associada a outras doenças torna-se umas das maiores causas de morte no país, na qual a região sul é destaque. Neste sentido, a atenção e prevenção da doença, principalmente no modelo primário de atenção à saúde tem papel fundamental na diminuição dos custos para o Estado e para uma melhor atenção do sistema de saúde, evidenciando as comorbidades que às

precedem. Objetivou-se caracterizar os usuários com doença renal crônica em um território de Unidade Básica de Saúde e Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Maria/RS. Tratou-se de um trabalho proveniente de um Trabalho de Conclusão de Curso, na qual a pesquisa foi exploratório-descritiva de abordagem qualitativa, realizada com os usuários portadores de doença renal crônica, mediante uma entrevista aberta. Para tanto a coleta de dados aconteceu no primeiro semestre de 2013. Para a realização da caracterização dos usuários com doença renal crônica foi utilizada a análise descritiva simples das falas dos dados produzidos na entrevista. Os resultados compuseram o trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Deste modo, acredita-se que este estudo contribuiu no sentido de verificar o perfil de usuários com doença renal crônica e às ações de promoção e prevenção à saúde desenvolvidas na rede de atenção de saúde de Santa Maria/RS.

**Palavras-chave**: Enfermagem; Linha de cuidado; Insuficiência Renal Crônica.

**ABSTRACT**: Throughout the years, the chronic kidney insufficiency is becoming more and more a problem of public health in Brazil and the world. In addition to the highly expensive treatment, it brings potential complications for the patient and the Brazilian State, because when associated with other diseases it becomes one of the major causes of death in the country, with a high occurrence in the South region. In this respect, the care and prevention of diseases - mainly in the primary healthcare model - has a fundamental role in reducing costs for the State and for a better healthcare system, evidencing the comorbidities that precede it. The goal is to know "the care of people with chronic kidney disease in a territory assisted by a Basic Healthcare Unit and the Family Health Strategy of the municipality of Santa Maria/RS". This study aimed to characterize users with chronic kidney disease in a territory of Basic Health Unit and Family Health Strategy of the municipality of Santa Maria / RS. It was a job from a Job Completion of course, in which the research was exploratory and descriptive qualitative approach, performed with users suffering from chronic kidney disease through an open interview. For the purposes of this study, the data collection took place in the first semester of 2013. The results comprised the work of completion of the Undergraduate program in Nursing at the Federal University of Santa Maria. In this way, it is believed that this study has contributed in order to verify the user's profile with chronic kidney disease and the promotion and health prevention in developed network of health care in Santa Maria/RS.

**Keywords:** Nursing; Care line; Chronic Renal Insufficiency.

**RESUMEN**: A través de los años, la insuficiencia renal crónica se está convirtiendo en un problema de salud pública en Brasil y en todo el mundo. Además del tratamiento que requiere de altos costos, que trae consigo complicaciones potenciales para el paciente y el

Estado brasileño, asociado a otras enfermedades se convierte en una de las principales causas de muerte en el país, en el que se destaca la región sur. En este sentido, el cuidado y la prevención de la enfermedad, sobre todo en el modelo de atención primaria de la salud juega un papel clave en la reducción de costos para el Estado y para un mejor sistema de atención de la salud, destacando las comorbilidades que los anteriores. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar a los usuarios con enfermedad renal crónica en un territorio de la Unidad Básica de Salud y la Estrategia de Salud de Familia del municipio de Santa Maria / RS. Fue un trabajo de un trabajo de grado de terminación, en el que la investigación fue exploratorio y cualitativo descriptivo, realizado con los usuarios que sufren de enfermedad renal crónica a través de una entrevista abierta. Tanto para la recogida de datos se produjo en la primera mitad de 2013. Para llevar a cabo la caracterización de los usuarios se utilizó con enfermedad renal crónica simple análisis descriptivo de los datos de voz producidos en la entrevista. Los resultados forman el documento final de la Graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Maria. Por lo tanto, se cree que este estudio ha contribuido con el fin de verificar el perfil del usuario con la enfermedad renal crónica y la promoción y prevención de la salud en los países desarrollados la red de atención de salud en Santa Maria / RS.

**Palabras clave**: Enfermería. Línea de atención. Insuficiencia renal crónica.

## INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica é considerada uma doença de elevada morbidade e mortalidade. Sua incidência e prevalência em estágio avançado têm aumentado no Brasil e, em todo mundo, tornando-se uma epidemia. O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por 84,9% do custo total da Terapia de Substituição Renal (TSR)[1]. No Brasil, existem 687 centros de tratamento dialítico e, destes, 150 (21,9%) estão localizados na região Sul. As doenças que comumente levam a insuficiência renal crônica são a Hipertensão Arterial Sistêmica (35,1%) e o Diabetes Mellitus (28,4%).[2] Assim, o diagnóstico e o tratamento precoce de doenças crônicas que apresentem potencial para desencadear insuficiência, bem como a identificação de lesões em órgãos alvo e/ou complicações crônicas, constituem-se num verdadeiro desafio para SUS, para os trabalhadores da saúde e para a sociedade. O investimento na prevenção dessas doenças e de suas complicações é decisivo, não só para reduzir os gastos com a saúde, em razão do alto grau de sofisticação em que se encontra a tecnologia assistencial, como também para proporcionar uma maior qualidade de vida da população[3]. No mundo cerca de 1,5 milhões de pessoas estão em diálise e mesmo com inúmeros esforços para melhorar a qualidade de vida, durante os últimos 10 anos, a mortalidade dos pacientes dialíticos passou de 13% para 21 % por ano e durante este período a média de idade dos pacientes também aumentou[5]. A DRC está sendo progressivamente considerada como um importante problema de saúde pública, no qual a detecção precoce pode melhorar os resultados do tratamento e reduzir os

custos, evitando os estágios mais graves da doença, demandando novas práticas de saúde no campo da atenção e gestão[6]. Nesse sentido, adota-se a linha de cuidado como referência estruturante para o cuidado à saúde desenvolvido pelos profissionais individualmente e em equipe, especialmente, quanto da organização de uma Unidade de Saúde (US). Orienta o estabelecimento de relações, fluxos e pactos entre a US e os diferentes serviços de uma rede municipal e regional, definindo prioridades de acesso, critérios definidores do itinerário assistencial, modelagem de cuidado, visando garantir condições necessárias para a atenção integral a saúde, através de todas as redes de atenção. Devem, além disso, articular outras redes públicas, comunitárias e sociais, tanto do setor saúde como de outros setores, avançando na perspectiva da intersetorialidade, da promoção da saúde e da mudança dos modos e condições de vida e trabalho das pessoas, grupos e populações.[7]

**METODOLOGIA**

A presente investigação é um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. O estudo descritivo descreve os fatos de determinadas realidades, exigindo do pesquisador informações sobre seu objeto de estudo, necessita de técnicas, de métodos e de teorias bem definidas que orientarão a coleta e análise dos dados[8]. O estudo foi realizado no território da Estratégia de Saúde da Família do Alto da Boa Vista e da Unidade Básica de Saúde Floriano Rocha. Ambos se localizam na zona oeste do município de Santa Maria, RS. Os sujeitos da pesquisa foram nove usuários com Doença Renal Crônica, residentes nos territórios da ESF do Alto da Boa Vista e UBS Floriano Rocha e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O critério de inclusão no estudo foi: ser doente renal crônico, residir nas áreas de abrangência das unidades de saúde selecionadas e estar em tratamento. Todos os sujeitos do estudo faziam tratamento de substituição renal hemodialítico na Clínica Renal do município, sendo que cinco residiam área da UBS Floriano Rocha e quatro na zona de abrangência da ESF Alto da Boa Vista. Para a realização da caracterização dos usuários com doença renal crônica foi utilizada a análise descritiva simples das falas dos dados produzidos na entrevista. Inicialmente este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria/RS. Posteriormente, foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE) e no Gabinete de Projetos (GAP), ambos da UFSM. Ainda, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil e seu protocolo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, com a finalidade de atender às prerrogativas da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1996), aprovado sob CAAE nº. 13672513.0.0000.5346.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Ao realizar a caracterização dos usuários com doença renal crônica da região oeste do município de Santa Maria/RS foi possível encontrar algumas informações. Foram nove os

participantes do estudo. Dentre os dados produzidos, a faixa etária dos usuários compreende idades de 33 a 78 anos, número importante que destaca não ser somente a faixa etária considerada idosa acometida pela doença, ou seja, permite inferir que ela passou a atingir outras faixas de idade. Com relação ao tempo de tratamento em hemodiálise ocorreu uma variação de um ano a quatorze anos. Neste sentido, o Brasil apresenta um crescimento linear do número de pacientes idosos iniciando diálise a cada ano, sendo que em todas as faixas etárias, a DRC apresenta importantes repercussões sociais, psicológicas e de restrição da qualidade de vida, além de um custo social muito grande devido aos encargos financeiros. Assim, aliando esses aspectos à cronicidade da doença e o stress do tratamento dialítico para os pacientes, são muitas as dificuldades dos indivíduos e também do sistema de saúde em lidar com a DRC [9]. Quanto ao sexo, a pesquisa apresentou cinco usuários com DRC do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Neste contexto, as mulheres na vida adulta apresentam menores níveis pressóricos, menor prevalência para doença renal crônica e menor progressão da doença renal. Por sua vez, os homens apresentam maior incidência de insuficiência renal crônica (IRC) e quando este fator é ajustado para idade e raça observa-se que é aproximadamente duas vezes menor em mulheres com doença renal hipertensiva e de forma menos intensa na doença renal diabética, glomerulonefrite e doença renal policística[10]. Justificam-se assim, que alguns fatores de risco estão relacionados com taxa de declínio da filtração glomerular com evolução mais rápida, como: controle glicêmico ineficaz, hipertensão arterial, maior proteinúria, hipoalbuminemia, dislipidemia e tabagismo. Além destes é conhecido que o sexo masculino e a idade avançada conferem maior risco.[11] O estado civil dos usuários participantes do estudo foi de sete casados, uma viúva e uma divorciada. Também possuem uma média de 2,8 filhos por usuário. Estudos realizados demonstraram que a maioria dos idosos tinha ou teve um parceiro (67%), corroborando assim com os dados da presente pesquisa em que aparecem em sua maioria usuários casados[12]. Ainda ressalta-se um aspecto importante para os idosos a respeito da existência de uma rede de apoio informal, pois a presença de um (a) companheiro(a) e morar com a família proporcionam maior cuidado devido ao comprometimento funcional que afeta a independência e autonomia do idoso decorrente da injúria renal[14]. No presente estudo todos os usuários possuíam um cuidador familiar, fosse ele companheiro, filho ou neto. Quanto ao grau de instrução, os usuários com doença renal crônica apresentaram maior número com ensino fundamental incompleto sendo cinco dos entrevistados, seguidos de um com primeiro grau completo, um com ensino superior, um analfabeto e um com o ensino médio incompleto. Logo, conforme em estudo realizado com 57 idosos, observaram que nenhum idoso possuía o ensino superior e a grande maioria apresentou baixo nível de escolaridade, com 64,9% enquadrados na categoria analfabeto ou primário incompleto, contrapondo com os achados nesta pesquisa, pois possui um usuário com ensino superior completo, ainda sim a baixa renda mensal pode estar associada ao baixo nível de instrução da população estudada limitando o acesso e os cuidados com a saúde e educação, considerando que a cronicidade da doença e o tratamento dialítico podem ocasionar stress e

limitar ou impedir a realização das atividades diárias, como o trabalho e o lazer devido às incapacidades físicas e emocionais, comprometendo a qualidade de vida dos idosos.[13] O atual estado de ocupação dos entrevistados do estudo era aposentado e recebendo algum tipo de auxílio, principalmente decorrente da doença e suas limitações a curto e longo prazo. Assim, pode-se perceber o impacto que existe no sistema previdenciário atual, pois a doença renal crônica, por estar no grupo das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) e ser responsável, segundo estudos pela quantidade de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez, cabe destacar que, no Brasil, estes dois benefícios somaram no ano de 2004, em números absolutos, 143.354 auxílios-doença e 20.227 aposentadorias por invalidez, totalizando em conjunto, aproximadamente, 51% do total de benefícios concedidos. Tal magnitude tem importante repercussão econômica e social no atual sistema previdenciário brasileiro, uma vez que estes são benefícios concedidos a pessoas em idade produtiva, particularmente acometidas por patologias resultantes do processo de industrialização e urbanização[14]. As mudanças observadas no perfil epidemiológico do país nas últimas décadas espelham este processo. Entre estas, as DCNT representam em conjunto a primeira causa de morbidade e mortalidade no país, sendo a maioria incapacitantes para o trabalho, inicialmente de maneira temporária, podendo levar a situações de invalidez e determinando aposentadorias precoces[14]. Vale ainda ressaltar que dentre os sujeitos da presente pesquisa havia os que estavam há 14 anos em tratamento, evidenciando assim, longo período de necessidade de auxílios e gastos tanto sociais como emocionais, por se tratar de uma doença que possui um tratamento oneroso e invasivo, e importante impacto na previdência social do Estado. Destaca-se no estudo que os homens que trabalhavam antes de realizarem o tratamento hemodialítico foram a sua maioria motoristas, sendo três desta categoria, e o destaque da ocupação das mulheres foi de que três referiram ser donas de casa, os demais entrevistados tinham como profissão, uma professora, um mecânico e um serviços gerais. É importante lembrar que a classe de motoristas e caminhoneiros tem um difícil acesso ao acompanhamento e atividades de prevenção e orientações sobre saúde, já que não possui horários fixos e viajam durante a maior parte do tempo, tendo hábitos de vida que os expõe, desde a alimentação, a tensão e o sedentarismo. Estudos em motoristas profissionais demonstram que, a maior prevalência de valores da pressão compatíveis com hipertensão arterial, pode ser decorrente da influência do estresse psicológico e físico que esses trabalhadores estão expostos durante sua jornada de trabalho, em decorrência de transporte, da carga horária e das grandes distâncias percorridas. Tais aspectos podem contribuir, também, para o uso de medicamentos inibidores do sono e, consequentemente, para o alto índice de acidentes verificados nas rodovias.[15] Já no que se refere às mulheres donas de casa entrevistadas, que não possuem atividade remunerada, e que apareceram como a categoria mais atingida no sexo feminino vai de encontro com o estudo onde as queixas de doenças crônicas permaneceram com maior prevalência entre as mulheres com atividade remunerada. A hipertensão (39,7%) e a cefaléia (17%) mantiveram-se entre as mais referidas e com prevalência superior àquela

relativa ao grupo das donas de casa.[16] Quando questionados com relação ao serviço de saúde que os usuários acessavam regularmente além da Clínica Renal do município de Santa Maria/RS onde é realizado o tratamento substitutivo renal, seis usuários tinham algum tipo de vínculo com a Unidade de Saúde próxima a sua residência, seja para conseguir medicação, como para receber visitas domiciliares. Já três usuários referiram utilizar somente o sistema privado, embora o tratamento de terapia substitutiva dos mesmos seja inteiramente financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os retornos e consultas de acompanhamento com o nefrologista são realizados no setor privado, sendo que somente três usuários possuem outro plano de saúde. Os usuários tem como porta de acesso à saúde a Clínica de tratamento privada e conveniada com o SUS, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), a UBS, a ESF e os serviços de pronto atendimento. O fato de três usuários em um universo de nove referirem utilizar o sistema privado de saúde e não terem nenhum tipo de acompanhamento das unidades de saúde de sua referência revela a grande fragilidade da rede de atenção em saúde e nos faz refletir sobre onde estão os principais desafios nessa rede de atenção.

## CONCLUSÃO

Com o presente estudo foi possível realizar a caracterização do usuário com Doença Renal Crônica e perceber diversas lacunas dos serviços de atenção à saúde e nas redes de apoio. Para tanto foi conformado o esse perfil sóciodemográfico, que envolveu faixa etária, sexo, estado cível, quantidade de filhos, grau de instrução, profissão, porta de entrada no serviço de saúde, plano de saúde e tempo em hemodiálise. Identificando também as ações de promoção e prevenção realizadas na região administrativa Oeste do município de Santa Maria/RS.

**ÁREA TEMÁTICA:** Redes.

## REFERÊNCIAS:

1.SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo, 2010. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 10 de jan. de 2013.

2.SILVA, A.S. et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. Rev. bras. enferm. [online]. 2011, vol.64, n.5, pp. 839-844. ISSN 0034-7167.

3.SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo, 2008. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 14 de fev. de 2013.

4.ROMÃO JÚNIOR, J.E.; PINTO, S.W.L.; CANZIANI, M.E.; PRAXEDES, J.N.; SANTELLO, J.L.; MOREIRA, J.C.M. Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise do Brasil. J Bras Nefrol 2003; 25(4): 188-99.

5. DEKKER, F.W. Quality of life in dialysis patients. 4º annual conference of the international society for quality of life research. Qual of life Newsletter 1997; 18: p.5.

6.PEREIRA, A.B.; SANTOS, B.F.C. Avaliação da Função Renal. In: Ajzen H & Cor N. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP- Escola Paulista de Medicina: Nefrologia. 2a ed. Barueri, SP: Manole; 2005. Cap. 3, p.19-23.

7.PINTO, H. A. Linhas de Cuidado na Bahia: um Conceito em Viva Produção. Revista Baiana de Saúde Pública. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. v. 33, n.1, p.22-34, jan/mar. 2009. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2009.

8.LEOPARDI, M. T. Metodologia da pesquisa na saúde. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. 290p.

9.BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Coordenação Geral da Alta Complexidade. Brasília; 2004.
10.STEIN, A. C.; EICK, R.; IRIGOYEN, M. C. HAS e insuficiência renal em mulheres: a evolução é diferente dos homens. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Ano XVI nº 15 Set/Out/Nov/Dez 2008.

11.BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

12.KUSUMOTO, L.; MARQUES, S.; HAAS, V. J.; RODRIGUES, R. A. P. Adultos e idosos em Hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Acta Paul Enferm. 2008; 21 (número especial): 152-9.

13.VIEIRA, M. C.; MEDEIROS, S. M.; FRANÇA, A. K. T. C.; CALLADO, I.; LAGES, J.S.; FILHO, N.S. Qualidade de Vida de Idosos em Procedimento de Hemodiálise em dois centros de Tratamento de São Luís, MA. Revista do Hospital Universitário/UFMA.7 (1):24-29, jan-abr, 2006.

14. MOURA, A. A. G.; CARVALHO, E. F.; SILVA, N. J. C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.6, pp. 1661-1672. ISSN 1413-8123.

15.CAVAGIONI, L. C.; PIERIN, A. M. G. Hipertensão arterial e obesidade em motoristas profissionais de transporte de cargas. Acta paul. enferm. [online]. 2010, vol.23, n.4, pp. 455-460. ISSN 0103-2100.

16.GOMES, K. R. O.; TANAKA, A. C. d'A. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. Rev. Saúde Pública [online]. 2003, vol.37, n.1, pp. 75-82. ISSN 0034-8910.

# NOVA LEI NACIONAL DE ADOÇÃO E REINTEGRAÇÃO FAMILIAR: OLHAR DE FAMILIARES QUE VIVENCIARAM O FENÔMENO

# NEW NATIONAL LAW OF ADOPTION, FAMILY REINTEGRATION: PERSPECTIVE OF FAMILY MEMBERS WHO LIVED THE PHENOMENON

# NUEVA LEY NACIONAL DE ADOPCIÓN, REINTEGRACIÓN FAMILIAR: CONSIDERACIONES DE LOS FAMILIARES QUE VIVENCIARON EL FENÓMENO

ROCHA, Patricia Jovasque1
ARPINI, Dorian Mônica2
SAVEGNAGO, Sabrina Dal Ongaro3

1Psicóloga, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM. E-mail: patinhajovasque@hotmail.com
2Doutora em Psicologia Social pela PUC SP. Professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFSM.
3Psicóloga, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM.

## RESUMO

A Nova Lei Nacional de Adoção busca aperfeiçoar o sistema já existente de direito à convivência familiar e comunitária de todas as crianças e adolescentes no Brasil, conforme já previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente. Diante disto, este estudo teve como objetivo conhecer a experiência da família da criança ou adolescente reintegrado acerca de suas vivências durante o processo de reintegração familiar de seus filhos. Foram realizadas entrevistas semidirigidas com famílias que haviam passado pelo processo de acolhimento institucional e reintegração familiar de pelo menos um de seus membros e que estavam vinculadas a duas instituições de acolhimento de uma cidade no interior do RS. Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo. As mães relataram que, apesar das dificuldades de readaptação dos filhos ao convívio familiar, o retorno dos mesmos foi vivido de forma bastante positiva. Além disso, as falas indicaram que as equipes técnicas das instituições de acolhimento acompanharam as famílias também após a reintegração de seus filhos, e que a rede de atendimento foi acionada para cada caso. Dessa forma, percebeu-se que as equipes técnicas das instituições de acolhimento envolvidas no estudo têm se esforçado no sentido de tornar possível a reintegração familiar dos meninos e meninas acolhidos, o que vai ao encontro dos preceitos presentes na Nova Lei Nacional de Adoção.

**DESCRITORES:** Criança institucionalizada; Relações profissional-família; Família.

**ABSTRACT**
The New National Law of Adoption looks for improving the existing family and communitarian companionship system of right for all children and adolescents from Brazil, according to the guidelines of the Child and Youth Statute. From this perspective, this study aimed at investigating the experience lived by the family of a reintegrated child or adolescent about their experiences during the process of reintegration. Semi-structured interviews were accomplished with families that there were faced the process of institutional sheltering and family reintegration of at least one of their members, and that were bound by two sheltering institutions from an interior city of RS. The data were analyzed through the Content Analysis. Mothers related that despite difficulties of the re-adaptation of their children to the family companionship, the return was evaluated in a positive way. Besides, the speeches indicated that after the reintegration of children families were accompanied by the sheltering institutions team, and each case can count on their service network. Likewise, it was observed that institutional technical teams involved in this study have worked to make possible the family reintegration of boys and girls sheltered, what meets the principles of the New National Law of Adoption.

**DESCRIPTORS:** Child, Institutionalized; Professional-Family Relations; Family.

**RESUMEN**
La Nueva Ley Nacional de Adopción busca perfeccionar el sistema ya existente del derecho a la convivencia familiar y comunitaria de todas los niños y adolescentes en Brasil, según lo ya previsto en el Estatuto de los Niños y Adolescentes. Ante esto, este estudio tuvo por objeto conocer la experiencia de la familia del niño o adolescente reintegrado acerca de sus vivencias durante el proceso de la reintegración familiar de sus hijos. Se realizaron entrevistas semi-dirigidas con familias que habían pasado por el proceso de la práctica de acogida y reintegración familiar de por lo menos un de sus miembros y que estaban vinculadas a dos instutuciones de acogida de una ciudad en el interior del RS. Los datos se analizaron a través del Análisis de Contenido. Las madres relataron que, a pesar de las dificultades de la readaptación de los hijos a la convivencia familiar, el retorno de los mismos fue vivido de forma muy positiva. Además, las conversaciones indicaron que los equipos técnicos de las instituciones de acogida acompañaron a las famílias también despues de la reintegración de sus hijos, y que la red de atendimiento fue accionada para cada caso. De esa forma, se percibío que los equipos técnicos de las instituciones de acogida involucradas en el estudio se ha esforzado en la dirección de hacer posible la reintegración familiar de los niños e niñas acogidos, lo que va al encuentro de los preceptos presentes en la Nueva Ley Nacional de Adopción.

**DESCRIPTORES:** Niño Institucionalizado; Relaciones Professional-Familia; Familia.

## INTRODUÇÃO

A Nova Lei Nacional de Adoção (lei 12.010) dispõe sobre o remodelamento de leis vigentes em relação ao acolhimento institucional e à adoção[1]. Ela busca aperfeiçoar o sistema já existente de direito à convivência familiar e comunitária de todas as crianças e adolescentes, conforme já previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente[2]. Dessa forma, a Nova Lei Nacional da Adoção traz como principais modificações: a obrigatoriedade de reavaliação da situação da criança ou adolescente em instituição de acolhimento a cada seis meses, a preferência pela reintegração em sua família natural a qualquer outra ação e a permanência máxima de dois anos em acolhimento institucional[1]. Assim, percebe-se que a nova lei determina que as famílias dos meninos e meninas acolhidos devem ser auxiliadas em suas necessidades, de forma que a convivência familiar possa ser retomada no menor tempo possível para que os laços sejam preservados[3]. Ainda que tenham surgido novos preceitos com a Nova Lei Nacional de Adoção, percebe-se que a prática ainda está distante da teoria proposta. Siqueira[4] coloca que há uma escassez de políticas públicas voltadas à promoção da reinserção familiar de crianças e adolescentes institucionalizados. Ainda se mantém a tradição de acolher em instituições crianças e adolescentes por longos períodos de tempo, como solução para problemas tão antigos quanto atuais. É fundamental incentivar a discussão sobre a criação de estratégias mais eficazes para a reinserção familiar desses meninos e meninas, a fim de evitar a permanência precoce e prolongada na instituição, o reingresso na rede de acolhimentos institucionais e os efeitos negativos dessa experiência para o desenvolvimento humano[5]. É importante que esses mecanismos sociais se dêem a partir de ações conjuntas entre as instituições e as famílias, a fim de que se faça um planejamento objetivando o retorno familiar[6].

Um passo que ainda falta ser dado para que a reintegração possa ser melhor trabalhada refere-se à inserção da família nas instituições, de modo que se tenha um espaço para falar sobre ela dentro da instituição de acolhimento[3]. A família assume fundamental importância no processo de reintegração, pois não apenas a criança ou adolescente acolhido precisa ser preparado para voltar para casa, mas também a família deve ser preparada para receber e se adaptar com o filho novamente. Dessa forma, é preciso que se invista em programas sociais que favoreçam a constituição da rede de apoio à família, no sentido de tornar pais e filhos capazes de reconstruir seus vínculos sociais e afetivos dentro e fora da família[5]. As instituições de acolhimento são responsáveis pelo processo de reintegração familiar das crianças e adolescentes sob seus cuidados, sendo incumbidas, portanto, de desenvolverem planos de desligamento e de acompanhamento de egressos. Porém, nem sempre essas instituições conseguem realizar esses planos. Isso ocorre devido a diversos motivos, como a falta de apoio de políticas públicas que poderiam ser de grande auxílio. Seria necessário, também, que se investisse em cursos de capacitação aos profissionais envolvidos na dinâmica da institucionalização, possibilitando que estes tivessem um melhor entendimento

dos casos. Além disso, uma avaliação interdisciplinar da situação de cada criança/adolescente seria essencial para que fosse encontrado o melhor caminho para cada um deles[4]. Em relação ao plano de desligamento, outra modificação trazida com a Nova Lei e que vai ao encontro dessa questão diz respeito ao "Plano Individual de Atendimento" (PIA). Este plano deve ser elaborado pela equipe responsável assim que a criança ou o adolescente chegar à instituição de acolhimento[1], de forma que os esforços para sua reintegração comecem assim que ele chegar à instituição. Dessa forma, o PIA implica na elaboração de um caminho para atender as demandas de cada criança/adolescente, devendo conter: avaliação interdisciplinar do acolhido, compromissos assumidos pelos responsáveis e atividades a serem desenvolvidas (Art. 101, § 6o). Assim, a rede de atendimento disponível no município deverá ser acionada visando à reintegração da criança/adolescente à sua família de origem ou, caso esta reintegração não seja possível, à colocação em família substituta[1]. O plano individual de atendimento configura-se em um instrumento de fundamental importância no contexto do acolhimento institucional de crianças e adolescentes, pois garante que se tenha um olhar voltado a cada menino e menina acolhido individualmente, levando em consideração as especificidades de cada caso. As modificações criadas a partir da Nova Lei Nacional de Adoção[1] aumentam a importância da equipe técnica no processo de acolhimento institucional e reintegração de crianças e adolescentes. O direito à convivência familiar e comunitária, seguindo os preceitos do ECA e da Nova Lei1-2, está diretamente relacionado ao processo de desligamento institucional e de reinserção familiar, e a responsabilidade pela promoção, avaliação e preparação para esta reintegração fica a cargo da equipe técnica das instituições de acolhimento[7]. Também assume fundamental importância a articulação da rede de atendimento nos casos de acolhimento institucional. O Plano Individual de Atendimento, como dito, prevê que sejam acionados os serviços indicados para cada caso individualmente. Isso implica no maior envolvimento de todos os serviços da rede, não apenas da instituição de acolhimento. As ações articuladas, como são propostas pela rede, são possíveis e trazem resultados que vão além dos que seriam alcançados caso fossem realizados de forma fragmentada e/ou isolada[8]. Levando-se em consideração as redes de atendimento às crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social, torna-se fundamental a atuação capacitada e articulada para que o encaminhamento efetivo dos casos seja possível, fazendo valer o direito à convivência familiar e comunitária[7].

**OBJETIVOS** Este estudo qualitativo buscou conhecer de forma mais ampla a percepção da família da criança ou adolescente reintegrado acerca de suas vivências durante o processo de reintegração familiar.

**METODOLOGIA**

Participaram deste estudo quatro famílias, totalizando sete participantes: quatro mães e três adolescentes que passaram pelo acolhimento institucional e pela reintegração familiar e que

estavam vinculados a duas Instituições de Acolhimento de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Inicialmente, foi feito o contato com as Instituições de Acolhimento 1 e 2, a fim de apresentar e explicar os objetivos do trabalho à coordenação e à equipe das instituições, as quais aceitaram participar da pesquisa. Após este contato, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição de Ensino Superior a qual as pesquisadoras estão vinculadas, sendo aprovado no dia 12/06/2012, sob o parecer nº 36522 e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 03929712.9.0000.5346. Após a aprovação pelo Comitê, foi retomado o contato com as instituições a fim de identificar as famílias que seriam convidadas a participar da pesquisa. A escolha dos participantes, bem como o convite para integrar o estudo, deu-se por intermédio das equipes técnicas (psicólogas e assistentes sociais) das instituições. Foram realizadas entrevistas semidirigidas, pois estas favorecem o conhecimento interpessoal devido ao encontro face a face do entrevistado e do entrevistador facilitar a compreensão de uma série de fenômenos da pessoa do entrevistado9. Richardson[10] aponta ainda que este tipo de entrevista favorece que o entrevistado possa discorrer de forma mais livre sobre o assunto proposto. O número de entrevistas não se baseou no critério de saturação dos dados, mas sim na compreensão em profundidade do fenômeno. As entrevistas realizadas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise dessas transcrições foi feita utilizando-se a Análise de Conteúdo proposta por Bardin[11]. Esta modalidade de análise de dados destina-se aos estudos de tipo qualitativo, em que se pretende explorar em profundidade o fenômeno através das falas dos sujeitos envolvidos[10].

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A volta dos filhos para casa parece ter sido vivida de forma bastante positiva pelas mães entrevistadas. É o momento em que todo o esforço feito durante o período da medida de proteção alcança um resultado: a reinserção dos filhos. Parece ficar clara a existência de um vínculo entre mãe e filho, ainda que essas mães não tivessem conseguido exercer seu papel protetivo junto aos filhos, os quais acabaram sendo encaminhados para instituições de acolhimento[6]. A satisfação das mães com o retorno dos meninos e meninas pode ser vista através das seguintes falas: “Da volta pra casa... olha, não tem... olha, não tem nem noção do que eu fiz. Eu ajeitei quarto, eu arrumei tudo pra ele, sabe? Eu comprei roupa pra ele, tudo, né, porque ele não tinha, acho que não tinha muita roupa no abrigo... então daí, assim ó, a gente esperou ele de braços abertos aqui (…)” (A., 38 anos) “Foi bom pra mim, eu me senti bem [com a volta dos filhos]. Me senti bem. (…) Tava sentindo farta, daí voltaram e eu me senti bem em casa.” (C., 31 anos) Por outro lado, a readaptação dos filhos ao convívio familiar parece ser difícil. É importante salientar que, quando a criança ou o adolescente permanece na instituição de acolhimento por tempo prolongado, a família, que, muitas vezes, enfrenta uma série de outros problemas, se reorganiza para viver sem a sua presença. Assim, o retorno do jovem ao convívio familiar vai ficando cada vez mais difícil, pois este vai perdendo seu ‘lugar’ no interior de sua família[12]. Dessa forma, é preciso

considerar se esse espaço que a criança/adolescente ocupava no interior da família ainda pode ou não voltar a existir[13]. As falas a seguir parecem mostrar essa dificuldade de readaptação das famílias com os jovens: "Não, não foi fácil [a volta da filha para casa], porque as duas [M. e N.] brigavam muito..." (B., 41 anos) "Só que por um lado eu vou te dizer, eu... ai, eu não sei se eu me arrependi [de ter o filho reinserido] (…) porque ele não me obedece... ele quer porque quer voltar aqui pro abrigo. Ele quer voltar pro abrigo." (D., 41 anos) Também se pode perceber, a partir das falas das mães, que houve um acompanhamento da equipe técnica da instituição de acolhimento durante o período de acolhimento das crianças/adolescentes, visando à reintegração familiar dos mesmos. Sabe-se que a falta de políticas públicas que ofereçam apoio às famílias e, especialmente, às mães é um fato que fragiliza os vínculos familiares e pode estar na origem do rompimento dos laços biológicos[13]. Dessa forma, por mais que ainda se perceba, na prática, uma falta de políticas públicas também na promoção da reinserção familiar de crianças e adolescentes institucionalizados[4], as falas a seguir parecem demonstrar que as famílias entrevistadas tiveram uma atenção da equipe técnica bastante efetiva: "Foi a E. e a G. [psicóloga 1 e assistente social, respectivamente] que sempre que acompanhou no caso da M. e da N.... foi a E. e a G. (…) eu sempre ia lá conversar com a E.... a E. marcava... ela é psicóloga, então eu ia conversar lá sempre." (B., 41 anos) "[durante o tempo] que ficaram abrigado eu sempre tive atendimento aqui, e mesmo assim, depois que eles foram pra casa eu também tinha atendimento até um tempo aqui, que eu tinha atendimento (…) tinha atendimento com a padrasto também aqui." (C., 31 anos) Pode-se perceber, nas falas citadas, que a equipe técnica da instituição de acolhimento realizou atendimentos com as famílias entrevistadas durante todo o período de institucionalização de seus filhos. Estes atendimentos foram realizados, possivelmente, visando à reinserção familiar dos jovens ali acolhidos. Este trabalho segue as determinações da lei 12.010, a qual prioriza a manutenção ou reintegração da criança/adolescente em sua família em detrimento de qualquer outra providência[1]. Este acompanhamento realizado pela equipe parece ter sido mantido, também, após a reinserção dos jovens em suas famílias, como pode ser percebido na seguinte fala: "Mas elas foram lá em casa [equipe técnica realizavam visitas domiciliares após a reinserção do filho] (…) é, e me ligam seguido... seguido elas [equipe da instituição] me ligam e tudo (…) eu relaxei mesmo, era pra *mim vim* toda a sexta com ela [psicóloga 2] ali, mas me dá preguiça de vim lá de cima de a pé e voltar de novo" (D., 41 anos) Este acompanhamento por parte das equipes técnicas das instituições apontado nas falas das mães parece indicar que as equipes seguiram um plano de desligamento e reintegração das crianças e adolescentes sob sua responsabilidade. Esse plano, segundo Siqueira4 deve incluir, entre outras ações, entrevistas regulares com os meninos e meninas acolhidos e também com seus familiares, visitas domiciliares de um profissional da instituição de acolhimento à família, além de visitas dos familiares às crianças e adolescentes, e vice-versa, antes da reinserção. Estas ações têm por finalidade verificar se houve mudança da situação familiar durante o acolhimento, buscando mudar as situações de riscos aos quais

essas crianças e adolescentes estavam expostos e que levaram à aplicação da medida de proteção. Para que a reintegração seja bem sucedida, é essencial que seja desenvolvido um acompanhamento efetivo e articulado em rede dessas famílias. As mães identificaram, também, diferenças na forma de atuação dos profissionais quando a experiência do acolhimento foi anterior à Nova Lei Nacional de Adoção. A principal mudança identificada foi em relação à atuação das equipes antes e após a Nova Lei. Segundo as mães, antes do advento da Lei as equipes não tinha uma participação muito presente, o que pode ser observado no caso de B., que passou pelo primeiro acolhimento de suas filhas em 2005 (antes da Lei), e pelo segundo em 2010: "Não, na primeira vez não [havia atendimento]... nunca fui chamada por ninguém. Só mesmo ia visitar (…) e a N., ela nunca teve (…) atendimento com a E. [psicóloga 1] só mesmo era eu e a M. que ela falava." (B., 41 anos). A própria adolescente parece ter percebido essa diferença, o que pode ser notado na afirmação "quando eu fui pequena não [eram realizados atendimentos na instituição de acolhimento], só quando eu fui pra lá da segunda vez [no ano de 2010], aí tinha." (M., sexo feminino, 12 anos). Essa mudança de atitude percebida pelos entrevistados sinaliza que a Nova Lei tem produzido mudanças no cenário do acolhimento e que estas têm sido reconhecidas pelos familiares que vivenciam o fenômeno. Outro aspecto importante apontado pelos relatos diz respeito à articulação da rede de atendimento. As mães relataram que houve o envolvimento de outros serviços da rede de atendimento nos casos, e que este aconteceu de forma articulada, ou seja, havia comunicação entre os serviços acionados. Isso significa que houve um olhar integrado às crianças e adolescentes envolvidos e suas famílias, evitando uma multiplicidade de atendimentos[8]. As falas a seguir parecem evidenciar esta articulação com outros agentes da rede: A M. queria vir pra cá comigo, né, a M. queria morar comigo, mas a gente morava naquela casinha lá que tava caindo aos pedaços, aí não tinha como, né (…) aí foi quando elas [equipe da instituição de acolhimento 1] conseguiram o... as madeiras pra fazer, que deu esse quarto e mais um pedaço aqui da casa. (B., 41 anos) No CAPS ele [X.] teve duas vez também, mas daí a... a doutora liberou ele, disse que ele não tinha nada. (D., 41 anos) Cada mãe entrevistada relatou que foi encaminhada para algum serviço da rede, como é possível perceber nas falas anteriores. CAPS, CREAS, Conselho Tutelar, escola, Secretaria de Habitação (no caso da conquista do material para a construção do quarto da adolescente), todos estes serviços estiveram presentes no atendimento dessas crianças/adolescentes, dependendo da necessidade de cada caso. Isso parece indicar que a rede de atendimento vem sendo acionada e vem realizando um trabalho integrado, o que pode garantir uma institucionalização por um período mais curto e uma reinserção bem sucedida para esses meninos e meninas.

## CONCLUSÃO

As falas das mães entrevistadas indicaram que a reintegração dos filhos, por mais que seja difícil em alguns casos, é vivida como momento de grande alegria. É o resultado de todo o esforço realizado por essas famílias a fim de retomarem a guarda de seus filhos. A

readaptação – dos jovens e da família – nem sempre é fácil, como pôde-se perceber através das falas, pois são muitos os desafios: recuperar o lugar do filho na família, aprender a conviver com pessoas novas ou com a ausência de pessoas que antes faziam parte do contexto familiar. Porém, o sentimento de alegria e a satisfação em estarem juntos novamente predominaram nas entrevistas realizadas. Assim, percebe-se que, ao contrário do que se pode imaginar, as famílias cujos filhos se encontram ou já se encontraram em instituições de acolhimento, têm buscado trazê-los de volta ao convívio familiar. A preocupação e o envolvimento com a reintegração dos jovens podem ser percebidos através do esforço dessas mães em seguir as orientações da equipe técnica, as quais incluíram ações como: visitas domiciliares, acompanhamento com a equipe técnica da instituição, encaminhamentos e adequação do ambiente físico. As mães destacaram, também, que receberam atendimento das equipes técnicas das instituições de acolhimento durante toda a aplicação da medida de proteção e também após a reinserção de seus filhos. Esse aspecto vai ao encontro dos preceitos da Nova Lei Nacional de Adoção, a qual coloca a equipe de atendimento da instituição de acolhimento em uma posição muito mais ativa quanto à institucionalização e reintegração dos meninos e meninas que se encontram acolhidos. Outro aspecto importante notado através das falas das famílias diz respeito à rede de atendimento. Pôde-se perceber que a rede de atendimento foi acionada no acompanhamento dos meninos e meninas envolvidos no estudo, sendo solicitado o serviço especializado mais indicado para cada caso. Este fato parece confirmar que o plano individual de atendimento estava sendo realizado de forma satisfatória, pois cada criança/adolescente ou familiar foi encaminhando para o serviço que melhor atendia às suas demandas. Por fim, é importante destacar que tanto em relação ao acolhimento institucional quanto à reintegração familiar pôde-se observar que os preceitos presentes na Nova Lei Nacional de Adoção se encontram presentes, trazendo uma nova realidade para o contexto da institucionalização no Brasil. Esse novo cenário apontado pela Lei se constitui sem dúvida num importante recurso para fortalecer a relação entre a instituição de acolhimento e as famílias, aspecto que pôde ser claramente evidenciado neste estudo.

**ÁREA TEMÁTICA:** Redes**.**

**REFERÊNCIAS:**

1. Brasil. Nova Lei Nacional da Adoção. Lei Federal 12.010/2009. Brasília; 2009.

2. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal 8.069/1990. Brasília; 1990.

3. Silva ML. Lei Nacional de adoção e acolhimento institucional: o ponto de vista de psicólogos e assistentes sociais. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Brasil; 2012.

4. Siqueira AC. Reintegração familiar: discutindo a interface do risco e da proteção nos casos de reinserção familiar de crianças e adolescentes institucionalizados. In: Arpini DM. Psicologia, família e instituição. Santa Maria: Editora UFSM; 2009. p. 55-88.

5. Cavalcante LIC, Silva SSC, Magalhães CMC. Institucionalização e reinserção familiar de crianças e adolescentes. Rev. Mal-Estar e Subj. 2010; 10(4):1147-1172.

6. Siqueira AC, Dell'Aglio DD. Crianças e Adolescentes Institucionalizados: Desempenho Escolar, Satisfação de Vida e Rede de Apoio Social. Psic. Teor. e Pesq. 2012; 26(3): 407-415.

7. Siqueira AC. A garantia ao direito à convivência familiar e comunitária em foco. Estud. Psicol. 2012; 29(3): 437-444.

8. Rizzini I, Rizzini I, Naiff L, Baptista R. Acolhendo crianças e adolescentes: experiências de promoção à convivência familiar e comunitária no Brasil. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF; CIESPI; Rio de Janeiro: PUC-RIO; 2006.

9. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.

10. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.

11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Editora 70; 1977.

12. Arpini DM, Quintana AM. Família e Instituições de abrigo: reconstruindo relações. In: Arpini DM. Psicologia, Família e Instituição. Santa Maria: Editora UFSM; 2009. p. 9-28.

13. Silva ML, Arpini DM. Fortificando laços e desatando nós: a adoção ao longo da história. In: Arpini DM, Siqueira AC. Psicologia, Famílias e Leis. Santa Maria: Editora UFSM; 2012. p. 45-70

# A REDE PESSOAL SIGNIFICATIVA NA ATENÇÃO À SAÚDE DO PACIENTE PÓS-CIRÚRGICO CARDÍACO

# THE SIGNIFICANT PERSONAL NETWORK IN THE HEALTH CARE OF THE POSTSURGICAL CARDIAC PATIENT

# LA RED PERSONAL SIGNIFICATIVA EN LA ATENCIÓN A LA SALUD DEL PACIENTE POSTQUIRÚRGICO CARDÍACO

WOTTRICH, Shana H.1
MORÉ, Carmen L. O. O.2

1 Psicóloga, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), bolsista Capes/Demanda Social, shana.wottrich@gmail.com.
2 Psicóloga, Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC.

**Introducción:** El contexto postquirúrgico cardíaco expone la necesidad de análisis de una realidad multifacetada, en lo que se supone las tramas en las relaciones construidas como aspectos determinantes en los resultados de la cirugía. Estas relaciones pueden ser consideradas como recursos potenciales para el planeamiento de prácticas de salud. **Objetivos:** Discutir el proceso de visibilización de la red personal significativa como recurso en las acciones en salud. **Metodología**: Esta es una reflexión teórica. **Resultados:** La visibilización de las redes personales envuelve una comprensión integralizadora del proceso salud-enfermedad, que debe ser llevada a cabo considerando los tensionamientos entre los paradigmas biomédico y biopsicossocial, subjacentes a las prácticas de salud. **Conclusiones:** Se preconiza la adopción de una postura problematizadora en las acciones de salud, a ser construida en prácticas multi y interdisciplinarias, posibilitando la visibilización de la red personal significativa como recurso en la atención a la salud del paciente postquirúrgico cardíaco.

**DESCRIPTORES:** Red social; cirúgia torácica; cardiología; proceso salud-enfermedad; atención a la salud.

## INTRODUÇÃO

Em termos epidemiológicos, as doenças cardiovasculares, em especial, a doença arterial coronariana, configuram-se na primeira maior causa de morte no mundo e no Brasil. Nesse país, no ano de 2010, a taxa de mortalidade específica (óbitos por 100.000 habitantes) por doença isquêmica do coração atingiu a marca de 52,4, correspondendo ao número absoluto de 99.955 óbitos [(1)]. A aterosclerose, causa primária da doença arterial coronariana, pode

ser compreendida, sinteticamente, como oriunda do acúmulo de placas nas artérias, obstruindo o fluxo sanguíneo e causando a isquemia do músculo cardíaco (miocárdio) [2]. Como fatores de risco modificáveis para a doença tem-se o sedentarismo, a hipertensão, a hipercolesterolemia e o stress. Caracteriza-se como uma doença silenciosa, na medida em que não há uma relação direta entre a extensão da doença e os sintomas [3]. Dentre os tratamentos possíveis para a doença arterial coronariana, o tratamento cirúrgico (cirurgia de revascularização do miocárdio, ou popularmente, "ponte de safena") possui alta eficácia em relação à redução dos sintomas e à melhora na qualidade de vida dos pacientes [4]. Trata-se de um procedimento invasivo, em que o bloqueio do fluxo sanguíneo é contornado através da implantação de um conduto (por exemplo, a colocação de um enxerto da veia safena da perna) ou da relocalização de artérias que são anatomicamente próximas ao bloqueio (por exemplo, artérias mamárias). Para a realização da cirurgia, o acesso ao coração acontece por meio da esternotomia, uma técnica de incisão no músculo esterno. Durante o procedimento, o indivíduo mantém-se sob efeito de anestesia geral, sendo frequentemente necessária a utilização da circulação extracorpórea, que atua como sistema externo de oxigenação e propulsão do sangue, enquanto o coração é manuseado pelo cirurgião. Assim, a cirurgia caracteriza-se como uma intervenção que resulta em trauma fisiológico significativo [3]. Nesse cenário, a reabilitação cardiovascular é uma prática de saúde transversal ao tratamento cirúrgico, com relevância significativa na retomada da vida após o procedimento, já que atua nos fatores etiológicos comportamentais modificáveis da doença. Concerne a intervenções não farmacológicas, que têm como objetivo buscar melhores condições físicas, psicológicas e sociais para o paciente com doença cardiovascular, permitindo que ele possa manter-se ativo em suas atividades familiares, sociais e profissionais. Pode ser concebida por meio de duas estratégias, uma que prioriza exclusivamente a prática de exercícios físicos e outra que compreende a reabilitação de forma mais abrangente, objetivando melhorar a capacidade funcional cardiovascular, bem como controlar os fatores de risco coronariano. Essa segunda estratégia corresponde a um processo educativo, cujo foco, em conjunto com o estímulo e acompanhamento à prática do exercício físico, são a revisão de hábitos alimentares, controle do estresse e cessação do tabagismo. Nesse escopo, a realização de Programas de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica é prevista em quatro fases, combinando aspectos educativos, de supervisão e de acompanhamento profissionais, em que se preconiza a realização de atividades físicas, controle do estresse e programas de educação em relação a fatores de risco. Essas atividades devem ser gerenciadas por uma equipe multiprofissional, tendo o programa duração variada [5]. Além desses benefícios, os serviços de reabilitação podem atuar como promotores de socialização das experiências vividas pelos sujeitos, de forma a construir um cenário em que a identificação de situações comuns diminua os níveis de ansiedade e possibilite o compartilhamento de experiências e estratégias de manejo da situação [6]. Explorar a reabilitação como prática de saúde, pressupõe, assim, um olhar ampliado a respeito do indivíduo que adoece, que considera as relações construídas entre ele e outras

pessoas de seu contexto. No tocante ao entendimento dessas relações, o presente trabalho alinha-se à compreensão conceitual de Sluzki [7], que entende a rede pessoal significativa como o nicho interpessoal da pessoa, a soma de todas as relações que o sujeito distingue e define como significativas, em seu contexto relacional maior. Essas relações situam-se em diferentes cenários de sua vida, a saber: família, amigos, colegas de trabalho ou estudo e comunidade em geral, incluindo aí os serviços de saúde. A designação "significativa" alude ao fato de que é o sujeito que assim a percebe, quando nomeia os seus integrantes, ou seja, trata-se de uma denominação singular do indivíduo, estreitamente relacionada às suas experiências e percepções de relações. Corresponde a uma matriz individual, por meio da qual o sujeito é reconhecido como pessoa, sendo determinante nas experiências pessoais de identidade, competência e hábitos de saúde. No marco da caracterização do cenário pós-cirúrgico e da conceitualização de rede pessoal significativa, esse estudo tem como foco as práticas de saúde nesse contexto. Mais especificamente, tem como objetivo discutir sobre o processo de visibilização da rede pessoal significativa como recurso nas ações de atenção à saúde, por parte dos profissionais que atendem aos pacientes cirúrgicos cardíacos.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão teórica, que propõe a discussão sobre os tensionamentos de pressupostos presentes em práticas de atenção à saúde, mediante situação cirúrgica cardíaca. Aborda os produtos emergentes desses tensionamentos, em relação à visibilização das redes pessoais significativas como recursos potenciais a serem utilizados no tratamento após a cirurgia cardíaca. Cumpre, ainda, destacar que a presente reflexão norteia-se pelo pressuposto de que os fenômenos podem ser compreendidos apenas em contexto, ancorando-se nas concepções do pensamento Complexo, como posição epistemológica. Considera-se as relações não lineares estabelecidas entre os múltiplos elementos que configuram os processos estudados (instabilidade), suas interações recíprocas e codeterminações, admitindo que os significados atribuídos aos fenômenos são co-construídos em espaços consensuais, na e pela linguagem (intersubjetividade) [8]. Balizada nessa perspectiva, essa reflexão buscará, através de uma discussão pautada na literatura sobre o tema, inscrever problematizações, no sentido de alicerçar a construção de ações de atenção em saúde alinhadas ao princípio da Integralidade.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

À guisa de contextualização do processo da cirurgia cardíaca, tanto tal procedimento, quanto a internação hospitalar acarretam a emergência de sentimentos ambivalentes. O medo da morte e da anestesia os riscos da cirurgia e o afastamento da família são alguns dos elementos que compõem o cenário presente ao longo da hospitalização [9]. O momento da cirurgia é concebido como um marco entre a vida e a morte, em que o sujeito não tem controle sobre si e entrega-se nas mãos da equipe de saúde e de Deus. Caracteriza-se como uma situação em que os indivíduos sentem-se vulneráveis; por um lado, dependendo da

cirurgia para assegurar a sua vida, e por outro, sabendo que há riscos de morte implicados na realização do procedimento [10]. Ao acordar da cirurgia, os pacientes relatam desorientação no tempo e espaço, desconforto em relação à movimentação e às luzes da sala de recuperação e ansiedade em função da impossibilidade de falar, devido à presença do tubo orotraqueal. As dores no corpo, especialmente na região da incisão torácica, são frequentes, causando dificuldades em relação ao ciclo de vigília e sono. No período pós-cirúrgico, são comuns as queixas em relação a temores, preocupações, ansiedade, insônia e tristeza. A mobilidade e a deambulação mostram-se prejudicadas, dificultando a realização de tarefas do cotidiano. Esse cenário acarreta uma situação de maior dependência dos sujeitos, forçando-os a assumirem limitações e implicando em mudanças nos papéis desempenhados por eles nos contextos sociais em que transitam [9]. Após a cirurgia, restrições em relação ao exercício de atividades laborais e de trabalho, por exemplo, acarretam em repercussões emocionais e financeiras para os pacientes. As repercussões emocionais dizem respeito à desvalorização de si como sujeito, entendendo o lugar do trabalho na sociedade capitalista contemporânea, considerando que o homem é socialmente valorizado apenas enquanto é capaz de produzir. As repercussões financeiras relacionadas à impossibilidade de retomar atividades de trabalho após a cirurgia, por sua vez, remetem ao fato de que muitos pacientes são, previamente à cirurgia, provedores financeiros de suas famílias, implicando na necessidade de restrições e reorganização financeira [9,11]. A atividade sexual também é um elemento importante relacionado às vivências dos pacientes no período pós-cirúrgico. Logo após a cirurgia, a restrição da atividade sexual afeta o relacionamento conjugal, especialmente quando não há diálogo a respeito dessa questão entre os membros do casal. Embora a atividade sexual deva ser gradualmente retomada após a cirurgia, existe o medo ou o temor de que possa precipitar eventos cardíacos, sentimento que é muitas vezes compartilhado pelo cônjuge/companheiro [11]. Decorre dessas contingências, a perspectiva de que a cirurgia acarreta "perdas", originando relatos de impotência, desvalorização e insatisfação por parte dos pacientes, o que pode remeter a uma postura depressiva frente à vida. Ao mesmo tempo, a realização do procedimento cirúrgico coloca para o paciente a perspectiva de uma "vida nova", uma chance de "recomeçar", cuidando de sua saúde e de seus relacionamentos sociais. Nesse cenário, portanto, podem emergir sentimentos ambivalentes, em que ora são consideradas as melhoras paulatinamente visíveis nas condições de saúde e ora são contempladas as limitações decorrentes do período de recuperação logo após o procedimento. Assim, a vivência do processo cirúrgico remete a uma oportunidade para a manutenção da vida, removendo ou reduzindo os sintomas limitadores da doença, associada à necessidade de mudanças significativas no cotidiano [9,11]. Considerando que a cirurgia repercute em melhoras relacionadas à qualidade de vida, mas não tem o poder de cura, após a alta hospitalar, destaca-se a necessidade de que os sujeitos engendrem formas de manejo relacionadas à situação de saúde. Essas formas de manejo relacionam-se a um processo de reabilitação cardiovascular, que, por sua vez, compreende cuidados com a saúde através da

adesão a um estilo de vida saudável. À luz desses apontamentos, salienta-se, no tocante ao manejo da reabilitação cardiovascular, que os indivíduos buscam orientação em uma lógica que articula a experiência cotidiana, valores sociais e morais, tradição, racionalidade econômica, dimensão sobrenatural e ciência. Em outras palavras, os estilos de vida e comportamentos adotados em relação à saúde e à doença baseiam-se em referenciais que mesclam crenças religiosas, saberes e valores populares com fragmentos do discurso médico [10]. O contexto pós-cirúrgico cardíaco, portanto, traz à tona a necessidade de análise de uma realidade multifacetada e multidimensional, em que se supõe o relevante papel das tramas de relações construídas, como aspectos determinantes nos resultados da experiência cirúrgica. No tocante às interlocuções entre "rede pessoal" e "saúde", Sluzki[12] salienta que uma rede pessoal estável, sensível, ativa e confiante é elemento protetor de enfermidades e influencia no aumento da sobrevida. Coerente a essa perspectiva, considerando-se as ações de atenção à saúde, entende-se que o acesso a recursos da rede pessoal significativa do indivíduo pode instrumentalizar os profissionais da saúde a compreenderem os cenários com os quais trabalham, configurando-se como um meio de planejamento de intervenções de promoção de saúde na comunidade. Trata-se de uma perspectiva que visibiliza e potencializa os recursos que existem nas vidas dos sujeitos, ativando-os para o enfrentamento de situações específicas de crise [13]. No marco dessa conceitualização, que valoriza a singularidade e a dinamicidade dos vínculos construídos pelos indivíduos ao longo de seu ciclo vital, inclusive em situação de adoecimento e tratamento, para que se permita visibilizar o papel das redes pessoais em tal contexto, torna-se imprescindível uma compreensão integralizadora do processo saúde-doença. Tal compreensão, denominada biopsicossocial, compreende o entendimento dos estados de saúde e doença como produções, que estão ancoradas em contextos sociais, econômicos, políticos e religiosos específicos.

Nessa perspectiva, preconiza-se o acolhimento dos diferentes modelos explanatórios sobre a saúde e a doença, incluindo as práticas populares de cuidado no planejamento do tratamento e entendendo a saúde como um processo que implica na co-construção de práticas dos atores envolvidos, sob a égide da complexidade, intersubjetividade e instabilidade que compõe o humano [14,15]. Sob esse viés, o foco das ações em saúde é subjacente a uma perspectiva de promoção de saúde, privilegiando ações de educação em saúde e tecnologias leves de cuidado (tecnologias relacionais para a produção de cuidado em saúde, nomeadamente, o vínculo, a escuta, a responsabilização, etc).

No entanto, a perspectiva de compreensão predominante nas práticas de saúde vigentes, no contexto da cirurgia cardíaca, reflete um tipo de racionalidade que configura ações subjacentes a uma lógica biomédica sobre o sujeito, ou antes, sobre o funcionamento de seus órgãos. Tal racionalidade, denominada científica, desconsidera a singularidade das experiências pós-cirúrgicas do sujeito nas diversas esferas de sua vida supramencionadas (vida produtiva e de trabalho, vida sexual, vida social, etc). Reflete-se em uma perspectiva de assistência à saúde ancorada nos pressupostos epistemológicos da ciência tradicional:

objetividade, simplicidade e estabilidade [15]. Tendo em vista esses pressupostos, as práticas da atenção em saúde, no contexto cirúrgico cardíaco, implicam em ações caracterizadas: a) pela ênfase em medidas objetivas e numéricas e em dados físico-químicos para atestar ou validar diagnósticos, e; b) pela visão das doenças como entidades, que podem ser identificadas independentemente do contexto social, econômico ou cultural em que se situam. Sustentam-se em uma compreensão dualista e dicotômica sobre o ser humano, em que corpo e mente são consideradas entidades separadas [14]. Esse paradigma pressupõe que é preciso "objetivar" o conhecimento acerca do indivíduo, fragmentando, ainda que artificialmente, o entendimento sobre o corpo humano. Subjacente a isso, coloca-se a construção de um contexto clínico em que estão em jogo instrumentos de diagnóstico e tratamento, com o uso de tecnologias cada vez mais avançadas para se saber sobre as partes, em detrimento da compreensão da integralidade do organismo [15], privilegiando tecnologias duras de cuidado (os exames diagnósticos e as técnicas cirúrgicas, por exemplo). Nessa perspectiva, desconsidera-se, portanto, a especificidade implicada no manejo do tratamento cirúrgico por parte do indivíduo submetido a ela, desconsiderando que o "paciente" é situado histórica, social e culturalmente. Dessa forma, entende-se que os pressupostos que legitimam as práticas de saúde, sob a égide do modelo biomédico, prescindem da consideração da rede pessoal significativa como recurso potencial a ser acionado no tratamento do sujeito adoecido. Antes de seguir a discussão, cabe um esclarecimento. A denominação "paciente" é aqui utilizada entendendo que se trata de um termo largamente utilizado em contextos de atenção à saúde. Contudo, cabe ressaltar que a acepção do termo como "aquele que tem paciência ou que está à mercê da equipe de saúde", não se aplica nesse contexto. Cumpre destacar que não se propõem, no âmbito do presente trabalho, a culpabilização do profissional da saúde como aquele que "escolhe" o que rege as suas práticas pretensiosamente. Oferecendo elementos para a compreensão das lógicas das práticas de saúde, balizadas na racionalidade biomédica, as argumentações aqui tecidas trazem à tona a temática da construção de relações no campo do tratamentos em saúde, especificamente, na perspectiva da relação médico paciente. Entende-se que a lógica dessa relação pode ser entendida como o modelo que normatiza as ações de atenção à saúde no cenário cirúrgico cardíaco. A discussão de produções científicas sobre essa temática pode, assim, auxiliar na compreensão do processo de construção de práticas pautadas em uma lógica biomédica de entendimento do processo saúde-doença. Contribui para essa discussão, o artigo de Ridd, Shaw, Lewis e Salisbury [16], em que os autores propõem um mapeamento dos componentes-chave da relação médico-paciente, sob o ponto de vista do paciente, sintetizando publicações de pesquisas científicas qualitativas sobre o tema. Na análise dos trabalhos, realizada por eles, argumentam que os processos pelos quais as relações médico-paciente são desenvolvidas e mantidas concernem à manutenção de uma relação de cuidado ao longo do tempo e às características das consultas, conforme experenciadas pelos pacientes. Dessa forma, estudos desse mapeamento evidenciam que o contato com o mesmo médico, em cenários de atenção à saúde, contribui para a construção

de uma experiência de estabilidade de cuidados, em que está em jogo a qualidade dos encontros, muito mais do que a sua frequência. Tais estudos também evidenciam que as experiências de consultas médicas valorizadas são aquelas que envolvem, por parte do médico, uma postura de interesse e escuta, a disponibilidade para explicar e a abertura para o envolvimento do paciente nas tomadas de decisões. Considerando-se a perspectiva do médico, a sua trajetória de formação profissional é um dos elementos que pode auxiliar na compreensão do formato das relações construídas com os pacientes. A entrada na profissão médica, com frequência, é pautada por uma atitude humanizadora, por uma genuína vocação e gosto pelo cuidar, que, ao longo do tempo de formação, pode acabar transformando-se em uma atitude de "objetivação" da subjetividade [17]. Tal processo acontece por uma série de fatores, dentre os quais podem ser citados: a dificuldade de acompanhamento dos acadêmicos ao longo do curso de medicina, pelo professores, na medida em que há uma ciclagem de responsáveis ao longo da formação profissional; a pressão para a realização das consultas médicas em tempo exíguo [17]; os exemplos de atitudes de médicos, professores, residentes e colegas ao longo da formação profissional [17,18]; a escassez e o pouco aproveitamento das aulas teóricas convergindo no tema "relação médico-paciente" [18]. Esses processos também podem ser compreendidos como componentes da formação da identidade do profissional médico, cujas atitudes valorizadas profissionalmente dizem respeito à objetividade, frieza e serenidade para o estudo das estruturas anatomofisiológicas, domínio de sentimentos e, principalmente, controle e impossibilidade de expressão de inseguranças em relação às suas condutas. Em suma, o papel socialmente atribuído a ele é daquele que tem o poder de legitimar a doença e viabilizar a sua cura [19]. Nos diferentes cenários da saúde, portanto, constroem-se tramas relacionais para as quais a equipe de saúde não tem preparo, na medida em que concernem a dilemas humanos que transcendem as fronteiras do aprendizado técnico e profissional [20]. À luz dessas nuances, considera-se que é na interface entre as perspectivas biomédica e biopsicossocial que se deve considerar a análise do processo de construção de relações na seara dos tratamentos em saúde, especificamente, na perspectiva da relação entre profissionais de saúde e paciente. No sentido de visibilizar as atribuições possíveis da rede pessoal significativa do paciente nos processos de tratamento, por parte dos profissionais que os atendem, cumpre discutir, ainda, que aspectos do tratamento são valorizados nas relações construídas pelos profissionais e pelos pacientes. Sendo a cirurgia um procedimento de grande impacto na vida do indivíduo que a ela se submete, como já foi discutido, ela pode ser significada como "a cura da doença", de forma a se perder de vista a necessidade de continuidade do cuidado e a importância da rede pessoal significativa nesse contexto. Em outras palavras, a potencialização do vínculo construído entre esses atores, como potente recurso no tratamento, imprescinde de um movimento de valorização do processo de reabilitação cardiovascular como parte principal do tratamento. Propõem-se, assim, pensar em práticas de atenção em saúde que transitem de um modelo "curativista" (em que se entende a cirurgia como único e final recurso no tratamento), para um modelo

de cuidado ampliado e contínuo (que amplia o entendimento das ações necessárias para o cuidado, incluindo as atribuições da rede pessoal significativa no contexto de tratamento).

**CONCLUSÃO**

Em suma, a reflexão tecida nesse texto traz elementos que sustentam as seguintes afirmações: a) as redes pessoais significativas dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca têm um impacto decisivo nos processos de tratamento; b) impacto esse que é invisibilisado pela racionalidade biomédica; c) impedindo que o profissional de saúde, com formação calcada nessa racionalidade, reconheça a rede pessoal significativa como recurso potencial no tratamento e se inclua como membro potencial dessa rede. Essa afirmação mostra-se subjacente a tensionamentos entre práticas de saúde, calcadas em diferentes modelos, situadas cultural e socialmente e datadas historicamente. Assim, não apenas dificuldades em relação à visibilização da rede pessoal como recurso no tratamento emergem desses tensionamentos, mas também possibilidades de (re)invenção da atenção em saúde, através da adoção de uma postura problematizadora, como a proposta nesse trabalho. Acredita-se que essa postura emerja da interlocução do trabalho multi e interdisciplinar em saúde, conduzindo a um alinhamento na direção das políticas públicas de saúde vigentes no Brasil, mais especificamente, do princípio da integralidade e da Política de Humanização. Tomando como base tais princípios, ao se valorizar as tramas relacionais construídas entre os pacientes e os profissionais da saúde, a discussão aqui empreendida propõe situá-los como protagonistas na discussão sobre fenômenos nos quais estão diretamente envolvidos. Assim sendo, na tessitura de questionamentos sobre as implicações e co-responsabilizações envolvidas no processo de atenção à saúde, frente à cirurgia cardíaca, evidencia-se uma tentativa de contribuição no processo de construção de ações balizadas pela proposta da Clínica Ampliada.

**ÁREA TEMÁTICA:** Redes

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Indicadores e dados básicos - Brasil – 2011. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2013 Aug 1]; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/c08.def>.

2. Santos MG, Pegoraro M, Sandrini F, Macuco EC. Fatores de risco no desenvolvimento da aterosclerose na infância e adolescência. Arq Bras Cardiol. 2008 Apr; 90(4): 301-8.

3. Hirani SP, Pugsley WB, Newman, SP. Illness representations of coronary artery disease: an empirical examination of the Illness Perception Questionnaire (IPQ) in patients undergoing surgery, angioplasty and medication. Br J Health Psychol. 2006; 11: 199-220.

4. Takiuti ME, Hueb W, Hiscock SB, Nogueira CRSR, Girardi P, Fernandes F, et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. Arq Bras Cardiol. 2007 May; 88(5): 537-44.

5. Carvalho T, Cortes AA, Ferraz A, Nóbrega ACL, Brunetto AF, Herdy AH, et al. Diretriz de reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. Arq Bras Cardiol. 2006 Jan; 86(1): 74-82.

6. Koerich C, Baggio MA, Erdmann AL, Lanzoni GMM, Higashi GDC. Revascularização miocárdica: estratégias para o enfrentamento da doença e do processo cirúrgico. Acta Paul Enferm. 2013; 25(1): 8-13.

7. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

8. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2011.
9. Erdmann AL, Lanzoni GMM, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2013 Jan-Feb [acesso em 2013 Aug 1]; 21(1) [8 telas]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a07.pdf>

10. Vila VSC, Rossi LA, Costa MCS. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. Rev Saúde Pública. 2008 Aug; 42(4):750-56.

11. Callegaro GD, Koerich C, Lanzoni GMM, Baggio MA, Erdmann AL. Significando o processo de viver a cirurgia de revascularização miocárdica: mudanças no estilo de vida. Rev Gaúch Enferm. 2012; 33(4): 139-49.

12. Sluzki CE. De como la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social. In: Dabas, E, Najmanovich, D, organizadores. Redes: el lenguaje de los vínculos. 2ª ed. Paidos: Buenos Aires; 2002.

13. Moré CLOO. As redes sociais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. Paidéia (Ribeirão Preto). 2005; 15(31): 267-97.

14. Helman CB. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artmed; 2009.

15. Moré CLOO, Crepaldi MA, Gonçalves JR, Menezes M. Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo em contexto hospitalar. Psicol Estud. 2009 Jul-Sept; 14(3): 465-73.

16. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. Br J Gen Pract. 2009 Apr; 59: 268-75.

17. Costa FD, Azevedo RCS. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. Rev Bras Educ Méd. 2010; 31(2): 261-69.

18. Grosseman S, Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre de medicina. Rev Bras Educ Méd. 2008; 32(3): 301-8.

19. Ramos-Cerqueira ATA, Lima MCP. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em medicina. Interface Comun Saúde Educ. 2002 Aug; 6(11): 107-16.

20. Nieweglowski VH, Moré CLOO. Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. Estud Psicol (Campinas). 2008 Jan-Mar; 25(1): 111-22.

# PERCEPÇÕES DOS DOCENTES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM A RESPEITO DO ENSINO POR COMPETÊNCIAS

# PERCEPTIONS OF FACULTY OF GRADUATE COURSE IN NURSING EDUCATION IN RESPECT OF SKILLS

# PERCEPCIONES DE FACULTAD DE CURSO DE POSTGRADO EN EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL RESPETO DE LAS COMPETENCIAS

ARRUDA, Marina Patrício1
ARRUDA, Sonimary Nunes2
KOCH, Tania3
MAESTRI. Eleine4
MARTINI, Jussara Gue5

1 Socióloga. Doutora em Serviço Social. Professora da Universidade do Planalto Catarinense.
2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade do Planalto Catarinense.
3 Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul. tania_koch22@hotmail.com
4 Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista FUMDES. Professora assistente da Universidade Federal da Fronteira Sul.
5 Enfermeira. Doutora. Professora adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina.

**RESUMO**

O Ensino por competências e a possibilidade de reflexão são, na atualidade, os caminhos mais discutidos por educadores diversos, os quais salientam a importância em se aliar formação e a prática reflexiva do professor. A justificativa para a realização deste estudo, parte da observação cotidiana sobre a prática reflexiva entre docentes, à semelhança do que ocorre em outras áreas profissionais, tem merecido muitas discussões, principalmente pela constatação da necessidade de mudanças teórico-metodológicas. OBJETIVO: relatar as percepções dos docentes de um Curso de Graduação em Enfermagem sobre o ensino por competências. METODOLOGIA: trata-se de um relato de experiência que teve como temática o Ensino por Competências em um curso de graduação em Enfermagem em Santa Catarina. Contribuíram neste processo professores graduados em Enfermagem, com titulação mínima de mestrado e tempo de atuação na docência do ensino superior há onze anos. RESULTADOS: Ao entendermos a definição de competência, podemos perceber que a atitude respeitosa entre ambos os sujeitos no processo de aprendizagem é inerente a este processo, pois sem ela não se constroem os laços necessários para construção do conhecimento. Cabe ao professor a apresentação deste conhecimento de maneira articulada

em que busca uma associação entre teoria-prática. A verdadeira conquista para atingir esta transformação dos saberes em valores está baseada fundamentalmente em juntar o "ser e o fazer" do docente e do aluno, onde ambos possam dialogar nesta perspectiva de transformação, existe uma necessidade de que este processo se dê em uma via de duas mãos onde ambos, professor e aluno transitem por esta transformação. CONCLUSÃO: os professores do ensino superior devem ter uma postura inovadora, a fim de encorajar-se a romper com o modelo de educação antigo e ultrapassado e aceitar novas competências e habilidades, tendo em vista que nossas ações são reflexo dos profissionais que estamos formando.

**DESCRITORES:** Educação; Enfermagem; Ensino Superior.

**SUMMARY** Teaching Competency and the possibility of reflection are, at present, the paths most discussed by many educators, who emphasize the importance of training and practice to ally reflective teacher. The rationale for conducting this study, part of everyday observation on reflective practice among teachers, similar to what occurs in other professional areas, has received much discussion, especially since the need for theoretical and methodological changes. OBJECTIVE: To report the perceptions of teachers of an Undergraduate Nursing on teaching competency. METHODOLOGY: This is a report of an experience he had as a theme the Teaching Competency in an undergraduate course in Nursing in Santa Catarina. Contributed in this process teachers graduates in nursing, master's and titration minimal time working in teaching in higher education for eleven years. RESULTS: By understanding the definition of competence, we can see that the respectful attitude between both subjects in the learning process is inherent in this process, because it can not be built without the bonds necessary for knowledge construction. The teacher presenting this knowledge in a manner that seeks to articulate an association between theory and practice. The real achievement to achieve this transformation of knowledge is fundamentally based on values in join the "being and doing" the teacher and student, where both can talk this perspective transformation, there is a need for this process to take in a route two hands where both teacher and student moved through this transformation. CONCLUSION: teachers in higher education should have an innovative approach to encourage to break with the education model old and outdated and accept new skills and abilities, in order that our actions are a reflection of the professionals that we are forming.

**KEYWORDS**: Education, Nursing; Higher Education.

**RESUMEN** Competencia docente y la posibilidad de la reflexión son, en la actualidad, los caminos más discutidos por muchos educadores, que hacen hincapié en la importancia de la formación y la práctica de aliarse profesor reflexivo. La justificación de la realización de

este estudio, que forma parte de la observación cotidiana de la práctica reflexiva de los profesores, de forma similar a lo que ocurre en otras áreas profesionales, ha recibido mucha discusión, sobre todo porque la necesidad de cambios teóricos y metodológicos. OBJETIVO: Describir la percepción de los profesores de una Licenciatura en Enfermería de la competencia pedagógica. METODOLOGÍA: Se trata de un informe de una experiencia que tuvo como tema la competencia docente en un curso de pregrado en Enfermería en Santa Catarina. Han participado en este proceso los profesores graduados en enfermería, maestría y titulación de un tiempo mínimo de trabajo en la enseñanza en la educación superior desde hace once años. RESULTADOS: Al entender la definición de la competencia, podemos ver que la actitud respetuosa entre ambos sujetos en el proceso de aprendizaje es inherente a este proceso, ya que no se puede construir sin los lazos necesarios para la construcción del conocimiento. El profesor presenta este conocimiento de una manera que intenta articular una relación entre la teoría y la práctica. El verdadero logro para lograr esta transformación del conocimiento se basa fundamentalmente en valores de unirse al "ser y hacer" el maestro y el alumno, donde ambos pueden hablar esta transformación de perspectiva, hay una necesidad de que este proceso tenga en una ruta dos manos, donde el profesor y el estudiante se movían a través de esta transformación. CONCLUSIÓN: profesores de enseñanza superior deben tener un enfoque innovador para alentar a romper con el modelo de educación viejas y anticuadas y aceptar nuevas destrezas y habilidades, con el fin de que nuestras acciones son un reflejo de los profesionales que estamos formando.

**PALABRAS CLAVE:** Educación, Enfermería, Educación Superior.

## INTRODUÇÃO

O Ensino por competências e a possibilidade de reflexão são, na atualidade, os caminhos mais discutidos por educadores diversos, os quais salientam a importância em se aliar formação e a prática reflexiva do professor. A justificativa para a realização deste estudo, parte da observação cotidiana sobre a prática reflexiva entre docentes, à semelhança do que ocorre em outras áreas profissionais, tem merecido muitas discussões, principalmente pela constatação da necessidade de mudanças teórico-metodológicas. O foco deste relato é a estratégia pedagógica do Ensino por Competências, conforme estabelecido pelos Parâmetros Curriculares Nacionais, que entre outros objetivos, destaca a necessidade da formação de sujeitos baseada no estímulo no espírito científico e pensamento reflexivo. Buscamos apreender as concepções de ensino por competências a partir do entendimento de professores de um curso de Graduação em Enfermagem de Santa Catarina. Em relatório encaminhado à UNESCO, a educação é problematizada a partir de quatro pilares fundamentais: aprender a conhecer (adquirir cultura geral ampla, evidenciando a necessidade de educação contínua e permanente), aprender a fazer (desenvolver competências amplas para o mundo do trabalho), aprender a conviver juntos (cooperar com

os outros em todas as atividades humanas), e aprender a ser, que integra todos os aprendizados, favorecendo ao indivíduo adquirir autonomia e discernimento[1]. A combinação entre os elementos "experiência", "ambiente", e "capacidades individuais/maturação" permite a constituição das diferentes maneiras de aprender. Desde a habituação (estímulo-resposta) e os condicionamentos clássicos e operantes até a formação de comportamentos complexos[2]. A teoria da aprendizagem também amplia outras dimensões e destaca as repercussões das experiências educativas prévias sobre a assimilação do conhecimento novo e ressaltando duas condições para a construção de significado: um conteúdo potencialmente significativo e uma atitude favorável para aprender significativamente. Assim, a aprendizagem significativa requer do aprendiz uma postura pró-ativa que favoreça o estabelecimento de relações entre o novo e os elementos já presentes em sua estrutura cognoscitiva[2]. Essa estrutura representa um conjunto de esquemas de conhecimento constituído por dados, conceitos, situações, fatos, seqüência de acontecimentos, ações e seqüências de ações, que podem estar mais ou menos organizados e coerentes e que permitem o estabelecimento de redes e relações de diferentes matizes de extensão e complexidade[2]. Porém, se o conteúdo novo não apresentar funcionalidade, isto é, possibilidade de utilização ou relação com as circunstâncias nas quais o estudante estiver envolvido, ele pode até memorizá-los, porém não há garantia a respeito do tempo de retenção, nem do grau de integração ou modificação que serão produzidas sobre as relações e esquemas de conhecimento previamente adquiridos[2]. Por isto, pode-se dizer que os desafios inerentes ao oficio do professor sempre existiram, mas a noção de competência pedagógica, na atualidade, assume características específicas, exigindo que o educador proponha-se à reflexão e à análise de sua prática, com vistas à inovação[2]. Embasado por estes referenciais, esse estudo propõe compreender a relação entre o ensino orientado por competências e as práticas pedagógicas implementadas na sala de aula. O objetivo do relato está em buscar o entendimento dos docentes sobre o ensino por competências esperando propiciar informações que possibilitem discussões elucidativas sobre a temática. Assim, enfatizamos que o ensino por competências e as reflexões sobre o processo educativo que possivelmente virão, poderão contribuir para o ensino de Graduação em Enfermagem. O desafio de ser educador numa sociedade que se transforma aceleradamente, nos faz pensar na formação do enfermeiro-professor a partir de uma prática docente reflexiva. A abordagem por competência é considerada como uma questão que, ao mesmo, tempo é de continuidade e de ruptura. De continuidade, porque faz parte do processo de evolução do mundo, das fronteiras, das tecnologias, dos estilos de vida que hoje requerem flexibilidade e criatividade dos seres humanos trabalhadores, portanto, as escolas têm como missão desenvolver a inteligência como capacidade multiforme da adaptação às diferenças e às mudanças. De ruptura, com aquela pedagogia que não prepara o indivíduo para enfrentar situações reais, e sim, para prestar exames; um distanciamento das rotinas pedagógicas e didáticas, das compartimentações disciplinares, da segmentação do currículo, do peso da avaliação e da seleção, das imposições da organização escolar, que nada contribuem para

construir competências[3]. As competências formam-se passo a passo, num diálogo interior, movendo-se pelas relações intrapessoais e interpessoais. Quanto às competências de um educador, elas devem revelar um professor reflexivo, capaz de avaliar e de auto-avaliar, adotando uma postura crítica, tomando decisões diante das escolhas de estratégias para atingir os objetivos educacionais, coerente com as exigências éticas da profissão[4]. As tendências e perspectivas da formação de professores de ensino superior apontam para uma modificação essencial: os docentes universitários são líderes e a liderança é uma área que convida a investigação, o estudo, a procura do novo, a possibilidade de ser flexível, a troca e a participação[5]. Portanto, necessitam desenvolver novas habilidades e novas competências, trabalhando com atitudes inovadoras com relação ao acompanhamento e à orientação de seus alunos. Estas competências devem estar ainda, direcionadas ao fomento da pesquisa educacional, ferramenta fundamental para a formação dos universitários, uma vez que, nos dias atuais, eles esperam uma nova postura de seus professores[6].
A abordagem por competências considera os conhecimentos como ferramentas a serem mobilizadas conforme as necessidades, a fim de possibilitar a resolução de determinadas situações-problema apresentadas na escola, no trabalho e fora dele. A construção de competência seria então a capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos no enfrentamento eficaz de diversas situações[3].

**OBJETIVO** Relatar as percepções dos docentes de um Curso de Graduação em Enfermagem sobre o ensino por competências.

**METODOLOGIA**
Trata-se de um relato de experiência que teve como temática o Ensino por Competências em um curso de graduação em Enfermagem em Santa Catarina. Contribuíram neste processo professores graduados em Enfermagem, com titulação mínima de mestrado e tempo de atuação na docência do ensino superior há onze anos. O primeiro passo dessa reflexão foi a elaboração de categorização que nos possibilitou a construção e operacionalização a partir do conceito de ensino por competências, de onde identificamos as dimensões a serem discutidas.

| **Categoria** | **Conceito** | **Dimensões** | **Indicadores** | **Fonte** |
|---|---|---|---|---|
| Ensino por Competências | "A abordagem dialógica de competência reconhece e considera a história das pessoas e das sociedades nos | - Abordagem dialógica<br>-História das pessoas e das sociedades<br>-Transformação dos saberes e valores | -Atitude respeitosa<br>-Saberes pertinentes<br>-Planejamento reflexivo<br>-Articulação de determinados | Lima 2005 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | seus processos de reprodução ou de transformação dos saberes e valores que legitimam os atributos e os resultados esperados numa determinada área profissional.” | -e os resultados esperados numa(...)área profissional. | saberes | |

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No que se refere ao Ensino por Competências, observamos a articulação entre as percepções e os indicadores desenvolvidos a partir da categoria Ensino por Competências. Na a**bordagem dialógica e atitude respeitosa** os docentes compõem um universo de significados para a prática e buscam por meio desta dimensão, perceber como se estabelecem estes processos dialógicos em sala de aula. O professor deve perceber a necessidade da formação global do aluno e permitir mobilização de conhecimentos, motivando o aluno a pensar, avaliar e agir. É um ensino criativo inovador que veio para romper as barreiras de forma positiva em relação a forma tradicional de ensino. É possível identificar aspectos que ressaltam a importância dos processos formadores em sala de aula, que perpassam por esta dinâmica de não fragmentação dos saberes, e que tornam importante o diálogo entre professor e aluno. O saber fragmentado corresponde a incapacidade de organizar o saber disperso e compartimentado e conduz a atrofia da disposição mental natural de contextualizar e globalizar[7]. Destacando os Quatro Pilares fundamentais para educação do futuro propostos por Edgar Morin: *aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser,* a compreensão dos docentes em alguns aspectos relacionados ao ensino por competências, vislumbra este exclusivamente voltado para a competência do aluno, ficando o professor como parte não pertencente ao processo[7]. Ao refletirmos sobre o ensino por competência e atitude respeitosa em sala de aula, destaca-se que no ensino por competência a relação professor aluno deve ser mais aberta. O professor ao preparar sua aula deve ter a clareza do seu papel de facilitador e não de transmissor de conteúdo. Os alunos devem ter seu espaço na sala de aula, ou nas atividades de ensino, participando como cidadãos, indagando, divergindo e mostrando seus conhecimentos. Assim, deve existir atitude respeitosa entre professor e aluno alicerçado no respeito mútuo. Percebe-se o pensamento da participação ativa e de autonomia do aluno no processo de aprendizagem, onde professor e aluno tornam-se interlocutores do processo. Ao tratar da necessidade de mudança da educação, o ensino por competências torna-se uma

estratégia em direção da mudança. Ao entendermos a definição de competência, podemos perceber que a atitude respeitosa entre ambos os sujeitos no processo de aprendizagem é inerente a este processo, pois sem ela não se constroem os laços necessários para construção do conhecimento. Para a **transformação dos saberes em valores,** resgata-se a educação perpassando por várias dimensões do ser humano, não podendo ser apenas caracterizado como um processo de transferência de conhecimentos. Desta forma, ao refletirmos como os conteúdos do plano de ensino são trabalhados em sala de aula e como ocorrem os planejamentos das disciplinas, orientados pelo ensino por competências, é possível evidenciar a correlação entre teoria e prática por meio da problematização e contextualização das vivências dos alunos. O professor atua como facilitador, enfatizando que os alunos devem buscar seus conhecimentos complementando conteúdos abordados. O conhecimento pertinente é o que é capaz de situar qualquer informação em seu contexto e, se possível, no conjunto em que está inscrita. Podemos dizer até que o conhecimento progride não tanto por sofisticação, formalização e abstração, mas, principalmente, pela capacidade de contextualizar e englobar. A transição entre saberes e valores deve inevitavelmente passar por esta proposição do autor, onde o aluno irá se apropriar da pertinência deste conhecimento para aí sim transformá-lo em valores[6]. Cabe ao professor a apresentação deste conhecimento de maneira articulada em que busca uma associação entre teoria-prática. A verdadeira conquista para atingir esta transformação dos saberes em valores está baseada fundamentalmente em juntar o "ser e o fazer" do docente e do aluno, onde ambos possam dialogar nesta perspectiva de transformação, existe uma necessidade de que este processo se dê em uma via de duas mãos onde ambos, professor e aluno transitem por esta transformação. Não se pode separar prática de teoria, autoridade de liberdade, ignorância de saber, respeito ao professor de respeito aos alunos, ensinar de aprender[8]. Educar é por essência, uma forma de intervenção no mundo, uma tomada de posição uma escolha. A educação é uma estratégia autêntica de comunicação, pois envolve emoções, desejos e sonhos[9]. Nos **resultados esperados numa determinada área profissional,** a prática docente implica em articular diversos saberes em diversos ambientes. A prática docente na enfermagem requer capacidade ainda mais ampla de articular estes saberes, pois a relação ensino-aprendizagem se dá não somente no âmbito teórico, mas principalmente na mobilização de conhecimentos em prol de aquisição ou desenvolvimento de uma habilidade prática no aluno. Não se pode separar prática de teoria, autoridade de liberdade, ignorância de saber, respeito ao professor de respeito aos alunos, ensinar de aprender[8]. Educar é por essência, uma forma de intervenção no mundo, uma tomada de posição uma escolha. A educação é uma estratégia autêntica de comunicação, pois envolve emoções, desejos e sonhos[9]. Nos **resultados esperados numa determinada área profissional,** a prática docente implica em articular diversos saberes em diversos ambientes. A prática docente na enfermagem requer capacidade ainda mais ampla de articular estes saberes, pois a relação ensino-aprendizagem se dá não somente no âmbito teórico, mas principalmente na mobilização de conhecimentos em prol de aquisição ou

desenvolvimento de uma habilidade prática no aluno. O mais desafiador para o docente da educação formal, é estabelecer esta relação sólida entre o processo de ensinar-aprender fundamentado pelo modelo do ensino por competências, uma vez que a hierarquização do ensino e a fragmentação disciplinar impõem ao professor uma meta de cumprir em tempo hábil seu plano de ensino. É preciso substituir o pensamento que isola e separa por um pensamento que distingue e une[7]. A interligação de todos os conhecimentos combate o reducionismo, uma vez que a simplicidade não exprime a unidade e a diversidade presentes no todo. Desta forma, refletindo entre a fala do sujeito e a proposição deste autor, constata-se que o desafio esta exatamente na capacidade de ampliação do pensamento pelo docente e da urgente necessidade de unir as partes que os currículos disciplinares fragmentaram. Somente com o exercício docente de problematizar sua prática a luz da reforma do pensamento é que as barreiras impostas pela dificuldade de operacionalização do ensino por competências, será rompida[7]. Obtivemos aspectos relevantes na percepção dos professores, relacionados às facilidades inerentes ao modelo do ensino por competências como: disponibilidade para enfrentar mudanças, acreditar nas novas possibilidades; se assumir como facilitador no crescimento dos alunos e desenvolvimento de habilidades e competências; vontade de buscar alternativas e crescer, conhecer e vivenciar esta nova prática pedagógica com os colegas na integração das disciplinas, conteúdos, associações (totalmente ou parcialmente). Encontramos hoje uma visível intencionalidade por parte dos docentes pela busca desta inteireza para os processos educacionais formadores, claro que com algumas ressalvas como todo e qualquer momento de transição paradigmática. Mudanças efetivas em pressupostos epistemológicos tão enraizados ocorrem aos poucos. Freire também propõe discussões que se associam aos novos paradigmas educacionais, na medida em que condena as mentalidades fatalistas e retoma a idéia de movimento e de que tudo está sendo feito. Para o referido autor o ato de educar é um ato construtivo capaz de libertar o ser humano das cadeias do determinismo imposto por um pensamento linear e simplista[8]. Nessa perspectiva, o autor caminha ao encontro do pensamento complexo e da compreensão de que é preciso substituir um pensamento que isola e separa, por um pensamento que distingue e une [7]. No entanto, as transições somente se efetivam quando os indivíduos assumem esta co-responsabilidade de reconstruir caminhos, em busca de uma prática em que professor e aluno edifiquem juntos o processo de construção do conhecimento.

## CONCLUSÃO

A ênfase nesta modalidade de reflexão destaca a importância da temática no ensino superior, uma vez que propõe discussão sobre os novos paradigmas que envolvem a educação através do modelo do Ensino por Competências e que acarretam mudanças nos projetos pedagógicos das instituições de ensino. Acreditamos que os docentes envolvidos apresentam conhecimento parcial a cerca da proposta do Ensino por Competências. Na maioria das vezes, o professor é conhecedor de tais formas de trabalho, mas, por convicção

e resistência, vislumbra o ensino da mesma forma com que foi formado. Ressaltamos ainda que ao proporcionar a discussão sobre o Ensino por Competências percebe-se a diferença entre o ensino tradicional, fragmentado, e uma prática interdisciplinar, aquela que busca articular diferentes saberes, característica do Ensino por Competência. Afirmamos ainda, que os professores do ensino superior devem ter uma postura inovadora, a fim de encorajar-se a romper com o modelo de educação antigo e ultrapassado e aceitar novas competências e habilidades, tendo em vista que nossas ações são reflexo dos profissionais que estamos formando.

Á**REA TEMÁTICA:** Educação

**REFERÊNCIAS**

1. DELORS, J. Educação: um tesouro a descobrir. 2 ed. Saõ Paulo: Cortez, 1999.

2. LIMA, Valéria V. **Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface** - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a12.pdf >. Acesso em: 24 de maio 2011.

3. PERRENOUD P. **Construindo as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed; 1999.

4. PERRENOUD P. **Procedimento referente ao projeto, pedagogia do projeto [Apresentado no 3º Seminário Internacional de Educação**; 2003 fev 21-22; São Paulo (SP)]

5. VALLUIS. Marcel Andre. **Liderança e Comunicação: Competências Acadêmicas dos Professores de Ensino Superior**. 2013

6. MORIN. Edgar. **Os sete saberes necessários á educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 8 ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 2003.

7. MORIN. Edgar .**A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento / Edgar Morin; tradução Eloá Jacobina**. - 8aed. -Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

8. FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação?** São Paulo: Paz e Terra, 1997

9. ARRUDA, P.M., PORTAL, F.L, **Saberes e Fazeres Docentes:o dilema da reforma do pensamento e da prática pedagógica do educador do século XXI**. Florianópolis, v13, n.01-2012.

10. LUCHESE Roselma; Sônia Barros. **Pedagogia das competências um referencial para a transição paradigmática.no ensino de enfermagem** - uma revisão da literatura. 2006.

# EDUCAÇÃO EM SERVIÇO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA UTILIZAÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA

# TRAINING IN DEPARTMENT OF THE NURSING STAFF TO THE USING OF THE CENTRAL CATHETER OF PERIPHERAL INSERTION

# ENSEÑANZA EN EL SERVICIO DE LA EQUIPO DE ENFERMERÍA PARA UTILIZACIÓN DEL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA

COSTA, Letícia Machado da1
VIERO, Viviani2
BARBOSA, Mariane da Silva3
POTTER, Clarissa4
STEKEL, Lilian Medianeira Coelho5

1 Relatora. Enfermeira. Pós-Graduação em Formação Pedagógica de Docentes para a Educação Profissional pelo SEG-Sistema Educacional Galileu. Santa Maria, RS. Servidora técnico/administrativa da UFSM/HUSM. E-mail: leticiamc@ibest.com.br.
2 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
3 Acadêmica do 7º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
4 Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.
5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGENF). Servidora Técnico/administrativa da UFSM/HUSM.

## RESUMO

A decisão de indicação do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) é feita por enfermeiros certificados para inserção e manuseio deste dispositivo. Entretanto, a equipe de enfermagem e os familiares do paciente são fundamentais no processo de cuidado do PICC. Neste sentido, o objetivo do estudo é relatar a vivência do enfermeiro na utilização do cateter central de inserção periférica e a importância da educação em serviço da equipe de enfermagem e familiares para a manutenção deste em pacientes adultos. Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido a partir do uso do PICC em pacientes adultos de uma Unidade de Internação de Clínica Médica II, do Hospital Universitário de Santa Maria. Percebeu-se que inúmeras intercorrências relacionadas ao PICC podem ser evitadas através da educação em serviço da equipe de enfermagem e também da orientação adequada aos familiares dos pacientes que utilizam este dispositivo.

**DESCRITORES**: Equipe de Enfermagem; Cateteres; Educação; Enfermagem

**ABSTRACT**
The decision of the indication about the Central Catheter of Peripheral Insertion (CCPI) is done by certified nurses to insertion and handling of this device. However, nursing staff and patients relatives are essential in the process of CCPI care. In this way, the objective of the study is relate the experience of the nurse in the using of the central catheter of peripheral insertion and the importance of the training in the department of the nursing staff and relatives to the keeping of this
in adult patients in an Admission Unit of Clinical Medicine II, from the Teaching Hospital of Santa Maria. It was realized that uncountable occurrences related to CCPI can be avoided through the training in service of the nursing staff and also through the right guidance to patients' relatives who use this device.

**KEYWORDS:** Nursing Team; Catheteres; Education; Nursing

**RESUMEN**
La decisión de indicación del Catéter Central de Inserción Periférica (PICC) es hecha por los enfermeros certificados para la inserción y manoseo de este dispositivo. Sin embargo, el equipo de enfermería y los familiares del paciente son fundamentales en el proceso de cuidado del PICC. En este sentido, el objetivo del estudio es relatar la vivencia del enfermero en la utilización de lo mismo y la importancia de la educación en el servicio del equipo de enfermería y familiares para la manutención de este en pacientes adultos. Se trata de un relato de experiencia, desarrollado a partir del uso del PICC en pacientes adultos de una Unidad de Internación de Clínica Médica II, del Hospital Universitario de Santa Maria. Se percibió que inúmeros sucedidos relacionados al PICC pueden ser evitados a través de la enseñanza en servicio de enfermería y de la orientación adecuada a los familiares.

**DESCRIPTORES:** Grupo de Enfermaría; Catéteres; Educación; Enfermería

**INTRODUÇÃO**
O cateter central de inserção periférica é um cateter inserido por enfermeiro capacitado, cuja sigla em inglês significa peripherally inserted central cateter (PICC), vem sendo amplamente utilizado no ambiente hospitalar por ser um cateter de longa permanência que proporciona maior segurança e conforto aos pacientes. É um dispositivo intravenoso, inserido em veia periférica através de uma agulha introdutora, que progride até a porção distal da veia cava, adquirindo características de cateter central[1]. Idealmente, este cateter deve ser constituído de material bioestável e biocompatível, como o silicone, poliuretano ou polietileno, deve ser radiopaco e flexível, pode ser mono, duplo ou triplo lúmen e variar de

1 a 6 French (Fr)[2]. Quando comparado a outros cateteres centrais, o PICC possui como vantagens: redução do risco de pneumotórax durante a inserção; redução do risco de sepse por colonização da pele ao redor do local de inserção; redução no custo de sua inserção, quando comparado a outros cateteres tunelizados; menos desconforto relatado por pacientes e fácil manutenção[2]. Salienta-se que a inserção do PICC é indicada principalmente quando se verifica a necessidade de terapias de duração prolongada, geralmente acima de uma semana; administração de nutrição parenteral, de medicamentos vesicantes ou irritantes, de soluções hiperosmolares ou com pH não fisiológico e para monitorar a pressão venosa central[2-5]**.** Neste sentido, a utilização do PICC está em expansão e, para tanto, necessita de enfermeiro capacitado e qualificado para a inserção e manutenção deste dispositivo. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais e regimentais, definiu que é lícito ao enfermeiro a inserção do PICC, sendo que para o desempenho de tal atividade, este deverá submeter-se à qualificação e/ou capacitação profissional[6]. Sabe-se que a enfermagem é responsável pela prática de terapia intravenosa e que o enfermeiro, por meio de estudos, capacitações e por sua própria experiência cotidiana, tem competência para avaliação, indicação, inserção e cuidados com o PICC, bem como, ele é o profissional que educa a equipe e os próprios pacientes e familiares no manuseio, manutenção, prevenção e manejo de complicações no cateter, com o intuito de proporcionar uma assistência mais segura, humana e qualificada ao paciente hospitalizado. Nesta perspectiva, a educação em serviço da equipe de enfermagem é de suma importância, visto que o enfermeiro necessita de uma equipe qualificada para o manuseio e manutenção deste dispositivo. A não qualificação da equipe de enfermagem para o manuseio do PICC pode acarretar perda do cateter, seja por obstrução, tração acidental ou infecção relacionada ao mau uso deste. Assim como, também é fundamental a orientação adequada ao paciente e seu familiar ou cuidador para a manutenção do cateter. Neste cenário destaca-se a educação em serviço como uma forma de educação, cujo desenvolvimento ocorre no ambiente de trabalho, caracterizando-se como um processo educativo aplicado nas relações humanas do trabalho, a fim de desenvolver capacidades cognitivas, psicomotoras e relacionais dos profissionais, bem como seu aperfeiçoamento diante da evolução científica e tecnológica[7]. Deste modo, esse conceito aplica-se ao PICC, visto ser este resultado do avanço tecnológico na área da saúde e, em especial, na terapia intravenosa. O PICC é "compreendido como uma tecnologia, pois representa a extensão do paciente como parte integrante do processo de cuidado, requer a presença humana e se efetiva no ato de cuidar, bem como exige a relação entre saber e fazer para o melhor cuidar"[4:57]. Portanto, o conhecimento aplicado a este é essencial para um cuidado qualificado, seguro e que beneficie tanto o paciente quanto a equipe de enfermagem inserida neste processo de cuidar. Ressalta-se assim, que a sensibilização, o envolvimento e a valorização da equipe de enfermagem, no que diz respeito ao cuidado do paciente com PICC, na visão tecnológica, colaboram para a reflexão sobre a prática e para a redução das perdas do dispositivo[4].

Destarte, este trabalho se propõe a refletir sobre tais questões, propondo a educação em serviço como ferramenta fundamental para a manutenção do PICC.

**OBJETIVO** O presente trabalho objetiva relatar a vivência do enfermeiro na utilização do PICC e a importância da educação em serviço com a equipe de enfermagem e familiares para a manutenção deste dispositivo em pacientes adultos.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência sobre a utilização do PICC em pacientes adultos e a importância da educação em serviço para a manutenção deste cateter. O presente relato desenvolveu-se a partir do uso do PICC em pacientes adultos internados em uma Unidade de Internação de Clínica Médica II, do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Esta Unidade possui 24 leitos, que atende pacientes adultos com diagnósticos variados, distribuídos nas seguintes clínicas: neurologia, pneumologia, gastrologia, medicina interna, doenças infecciosas e cardiologia, sendo inserido o PICC conforme necessidade da terapêutica médica instituída nos pacientes. Nesta Unidade o PICC vem sendo utilizado desde 2006 e por meio desta vivência na inserção de cateteres percebeu-se a importância da educação em serviço da equipe de enfermagem, dos familiares e pacientes, a fim de evitar a perda dos mesmos. Destaca-se que nesta instituição há um grupo formado por enfermeiros, desde 2000, denominado Grupo de Acesso Venoso de Enfermagem (GAVE), o qual presta assessoria para utilização do PICC e também auxilia no estabelecimento de estratégias de educação em serviço relacionados à temática, além de acompanhar e emitir pareceres técnicos de produtos disponíveis solicitados pela comissão de padronização de materiais e equipamentos do HUSM; participar na elaboração dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) e estabelecer condutas de enfermagem na prevenção de infecções dos acessos venosos por meio de protocolos assistenciais, conforme orientação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste sentido, a tomada de decisão de indicação da utilização do PICC parte dos enfermeiros da unidade, os quais possuem certificação para tal, sendo o profissional que avalia as condições de acesso venoso do paciente, as indicações e contraindicações, e procede a inserção do mesmo, sendo que esta deve ser o mais precoce possível, a fim de preservar a rede venosa e evitar múltiplas punções que geram estresse e sofrimento ao paciente. Esta avaliação é muito importante e também pode ser realizada com apoio da equipe multidisciplinar, especialmente da equipe médica[4] envolvida no cuidado ao paciente. Igualmente, posterior à inserção, é de suma importância a manutenção adequada desse cateter, a qual é de responsabilidade da equipe de enfermagem e deve ser constantemente reforçada pela educação em serviço. Verificou-se que, após o enfermeiro

capacitado inserir o PICC, se o cateter não tem o manejo adequado, podem ocorrer intercorrências, tal como rompimento, obstrução, tração acidental e infecção do cateter. Com relação a essas intercorrências, percebeu-se que uma das complicações é o rompimento do cateter devido à manipulação imprópria pela equipe, que pode estar fazendo pressões inadequadas durante a infusão de medicamentos, outra complicação é a obstrução do cateter devido a não salinização com solução fisiológica após as medicações, o que causa acúmulo de resíduos[8]. Observou-se também que a tração acidental pode ocorrer devido à má fixação do cateter, devido a descuido no manuseio e agitação do paciente. O aumento no risco de infecção no cateter devido a não realização correta da assepsia das conexões durante a instalação de medicações, também foi percebida como uma das intercorrências relacionadas ao PICC. Essas são complicações que foram vivenciadas na Unidade de Internação de Clínica Médica II do HUSM e que podem ser evitadas por meio da educação em serviço, ou seja, por orientações prévias de como manusear e cuidar adequadamente do cateter. Assim, partindo desse pressuposto, elaborou-se um material educativo impresso, em conjunto com o Grupo de Acesso Venoso de Enfermagem (GAVE) do HUSM, o qual contém orientações sobre curativos, infusão de medicamentos, salinização, heparinização, coleta de sangue, infusão de hemoderivados, desobstrução e retirada do cateter. Essas informações foram compartilhadas com os colegas da equipe de enfermagem e também com os pacientes e seus familiares, para que todos pudessem colaborar na manutenção do PICC. A educação da equipe de enfermagem é essencial no cuidado ao PICC, pois é ela quem manuseia este dispositivo, é a equipe de enfermagem que procede a assepsia nas conexões antes das medicações, que administra as medicações, permeabiliza o cateter após sua utilização, observa o curativo e fixação do cateter. No entanto, o paciente e o familiar também têm seu papel no cuidado, por exemplo, cuidando da higiene pessoal do paciente, atentando para não tracionar acidentalmente o cateter, observando alterações e comunicando a equipe de enfermagem. Neste sentido, a educação em serviço se mostra primordial, uma vez que uma equipe de enfermagem qualificada é capaz de orientar também os pacientes e familiares, incluindo-os no cuidado de forma responsável e consciente. Esta educação pode ser referida como uma educação informal, que ocorre no cotidiano do processo de trabalho, por meio das experiências profissionais, impulsionada pela necessidade imediata de solucionar um problema[7]. Geralmente emerge de uma necessidade real do serviço, tal como aborda o presente trabalho, isto é, com a finalidade de minimizar perdas do PICC relacionadas à intercorrências possíveis de serem prevenidas a partir do manuseio adequado deste dispositivo venoso. Esta preocupação se justifica, pois grande parte das perdas do PICC está relacionada principalmente aos cuidados referentes à sua manutenção[4], os quais são de responsabilidade da equipe de enfermagem. Estudos trazem a relevância de programas educativos em relação ao manuseio e manutenção do PICC[4,5], inclusive sugerindo o estabelecimento de um protocolo de cuidados e a realização de estudos longitudinais para acompanhar a ocorrência de complicações relacionadas a utilização deste tipo de dispositivo[5]. Em relação ao

estabelecimento do protocolo de cuidado referente ao PICC, ressalta-se que este se encontra em processo de elaboração pelo GAVE, por entender-se a importância de uniformizar e institucionalizar orientações relevantes, no intuito de normatizar a inserção e manutenção deste em todas as unidades hospitalares, nas quais atuam enfermeiros certificados na passagem do PICC. Por fim, aponta-se a necessidade contínua de ampliação e engajamento de toda equipe de enfermagem, assim como da equipe multidisciplinar, em programas de educação em serviço, com vistas a garantir o manejo seguro deste dispositivo intravenoso e assegurar a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes em uso deste.

**CONCLUSÃO**

O cateter central de inserção periférica (PICC) pode ser considerado um aliado para a equipe de enfermagem, ao assistir pacientes que precisam de terapia intravenosa, principalmente por períodos prolongados. É um acesso venoso seguro, de fácil inserção, que possui benefícios como baixo custo (quando comparado a outros acessos venosos centrais), maior tempo de permanência e baixos índices de infecção, além de proporcionar ao paciente uma internação menos traumática e sofrida. A manutenção do PICC está em desenvolvimento e é uma prática lícita ao enfermeiro qualificado e capacitado para inserção do cateter. A equipe de enfermagem está diretamente ligada a essa prática, uma vez que é responsável pela técnica de terapia intravenosa e realiza grande parte dos cuidados. Desse modo, ressalta-se a relevância da educação em serviço da equipe de enfermagem para manuseio do PICC, visto que as complicações do cateter são características e específicas do dispositivo. Nesse sentido, através da qualificação da equipe, intercorrências tais como a obstrução, rompimento, tração acidental e infecção do cateter podem ser evitadas, pois a equipe estará preparada para identificar as alterações do PICC e para agir de forma adequada, impedindo que o cateter seja perdido. Além disso, a manutenção correta do cateter aumenta a durabilidade do mesmo, proporcionando maior conforto ao paciente hospitalizado. Destaca-se também como fundamental a orientação da família do paciente sobre os cuidados com o cateter, uma vez que essa acompanha o indivíduo diariamente. Incluir o familiar nas práticas de cuidado possibilita que sejam estabelecidas relações de confiança entre equipe, paciente e família, proporcionando uma assistência segura e humana. Por fim, o enfermeiro, por meio de estudos, capacitações e por sua própria experiência cotidiana, tem adquirido autonomia para avaliação, indicação, inserção e cuidado de acessos venosos periféricos e o PICC, sendo assim, o profissional que educa a equipe, os pacientes e familiares na manutenção, prevenção e manejo de complicações destes, com o intuito de uma assistência cada vez mais qualificada e humanizada.

**ÁREA TEMÁTICA: Educação**

**REFERÊNCIAS**

1 Nunes SAS, Oliveira LN. Atuação do enfermeiro na inserção, manutenção e remoção do Cateter Central de Inserção Periférica. Rev Enferm UNISA 2007; 8: 67-71. [acesso em 14 jul 2013]. Disponível em: www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2007-15.pdf

2 Baiocco GG, Oliveira DT. O surgimento do cateter central de inserção periférica e suas características. IN: Graziela Gasparotto Baiocco (Org). O cateter central de inserção periférica – CCIP na prática de enfermagem. Porto Alegre: Moriá, 2013. 248 p.

3 Fioravante Junior G, Baiocco GG. Indicações e contra indicações para a utilização do cateter central de inserção periférica. IN: Graziela Gasparotto Baiocco (Org). O cateter central de inserção periférica – CCIP na prática de enfermagem. Porto Alegre: Moriá, 2013. 248 p.

4 Stocco JGD, Crozeta K, Labronici LM, Maftum MA, Meier MJ. Cateter central de inserção periférica: percepções da equipe de enfermagem. Cogitare Enferm. 2011 Jan/Mar; 16(1): 56-62. [acesso em 15 jul 2013]. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/viewFile/21112/13938

5 Montes SF, Teixeira JBA, Barbosa MH, Barichello E. Ocorrência de complicações relacionadas ao uso de Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC) em recém-nascidos. Enfermería Global 2011 Out; (24): 10-18. [acesso em 15 jul 2013]. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/pt_clinica1.pdf.

6 Brasil. Resolução COFEN 258/2001. Dispõe sobre a inserção de Cateter Periférico Central pelos enfermeiros. [acesso em 30 jul 2013]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2582001_4296.html

7 Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(3): 478-84. [acesso em 15 jul 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300019

8 Motta PN, Fialho FA, Dias IMAV, Nascimento L. Cateter central de inserção periférica: o papel da enfermagem na sua utilização em neonatologia. HU Revista, Juiz de Fora, v. 37, n. 2, p. 163-168, abr./jun. 2011. [acesso em 26 jul 2013]. Disponível em: http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/viewFile/1402/546

# PROJETO ADOLESCER PROPORCIONANDO REFLEXÃO SOBRE DROGAS E VIOLÊNCIA EM AMBIENTE ESCOLAR

# ADOLESCENT PROVIDING PROJECT REFLECTION ON DRUGS AND VIOLENCE AT SCHOOL ENVIRONMENT

# ADOLESCENTE PROPORCIONAR LA REFLEXIÓN DEL PROYECTO SOBRE DROGAS Y LA VIOLENCIA EN EL ENTORNO ESCOLAR

CREMONESE, Luiza1
BARRETO, Camila Nunes2
PRATES, Lisie Alende3
SCARTON, Juliane4
CASTIGLIONI, Críslen Malavolta5
SANTOS, Carolina Carbonell dos6
SANTOS, Juniara Dias dos7
RESSEL, Lúcia Beatriz8

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem. E-mail: lu_cremonese@hotmail.com
2 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista Capes.
3 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
4 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
5 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista FIEX.
6 Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas.
7 Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
8 Doutora. Professora associada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Tutora do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem.

**RESUMO:** A adolescência é um período marcado por transformações e novas descobertas. Nesta direção, um aspecto preocupante é a relação do adolescente e o uso de substâncias psicoativas. Em consonância a esse cenário, o presente trabalho possui como objetivo relatar um encontro realizado no Projeto Adolescer sobre as temáticas de drogas e violência. Os encontros consistem de dinâmicas lúdico pedagógicas, as quais oferecem um método educativo participativo. É possível perceber que os participantes ao realizar as dinâmicas tinham conhecimento sobre o assunto e a partir disso, buscou-se compreender a aproximação dessas temáticas com a realidade em que vivenciavam. Essas atividades possibilitaram diferentes discussões e construções junto aos participantes, pois os mesmos

refletiram sobre os malefícios da droga e suas repercussões na vida do usuário e seus familiares.

**DESCRITORES:** Adolescente; Enfermagem; Escola

**ABSTRACT:** Adolescence is a period marked by change and new discoveries. In this direction, a worrying aspect is the relationship and adolescent substance use. In line with this scenario, the present work aims to describe a meeting at Project Adolescer on the issues of drugs and violence. The meetings consist of educational dynamic playfulness, which offer an educational method participatory. You can see that the participants had to perform the dynamic knowledge on the subject and from this, we sought to understand the approach of these themes with the reality that they experienced. These activities have enabled different constructions and discussions among the participants, as they reflected on the dangers of the drug and its effects on the user's life and his family.

**DESCRIPTORS:** Adolescent; Nursing; School

**RESUMEN:** La adolescencia es un período caracterizado por el cambio y los nuevos descubrimientos. En este sentido, un aspecto preocupante es la relación y el uso de sustancias en los adolescentes. De acuerdo con este escenario, el presente trabajo tiene como objetivo describir una reunión en Adolescer proyecto en los temas de drogas y la violencia. Las reuniones consisten alegría dinámica educativa, que ofrecen un método educativo participativo. Se puede ver que los participantes tenían que realizar la dinámica del conocimiento sobre el tema y de esto, trató de comprender el enfoque de estos temas con la realidad que han experimentado. Estas actividades han permitido que diferentes construcciones y discusiones entre los participantes, ya que reflexionaron sobre los peligros de la droga y sus efectos en la vida del usuario y su familia.

**DESCRIPTORES:** Adolescente; Enfermería; Escuela

**INTRODUÇÃO:** A Organização Mundial da Saúde define que a adolescência ocorre no período que compreende dos 10 aos 19 anos de idade, sendo este período, marcado por transformações e novas descobertas. Acredita-se que é nesta fase que os indivíduos constroem muitos dos valores que repercutirão no seu comportamento e poderão trazer consequências significativas para sua vida. Neste período, há uma busca pela liberdade e autoidentidade, o que em alguns casos, pode deixar o adolescente mais vulnerável às situações do cotidiano que podem lhe trazer danos. Essa fase é marcada por mudanças que variam conforme a cultura vivenciada pelo adolescente, sendo assim, este pode tornar-se vulnerável às influências socioculturais, as quais podem ser visualizadas nas mais diversas transformações que singularizam o processo de adolescer. Até a criação do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), em 1989 pelo Ministério da Saúde, a saúde do adolescente não

era considerada prioridade de atenção em nenhuma área específica da saúde pública. Após a implantação desse programa a saúde do adolescente, essa temática obteve maior visibilidade nas ações em saúde na qual um dos objetivos do programa é promover a saúde integral do adolescente favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando atendê-lo nas esferas individuais e sociais[1]. Nessa fase os adolescentes entram em contato com novas experiências e companhias, fato que pode oportunizar que os jovens reflitam a respeito de escolhas. Sabe-se que a adolescência é um momento muito especial na vida de todo ser humano, apresentando, características próprias e determinando cuidados especiais[2]. Faz-se necessário que, durante esse período de desenvolvimento físico-emocional, haja uma maior observância das demandas e necessidades existentes para a promoção de saúde em um enfoque ampliado, visando conduzi-los para a fase adulta com integridade, enquanto ser holístico, promovendo a saúde e evitando agravos, muitas vezes, irreversíveis. O uso deliberado de substâncias psicoativas é um problema de saúde pública, diante do aumento epidemiológico de usuários de drogas que se constata a partir da década de 1980. Tal situação motiva preocupações de profissionais dos serviços de saúde e da sociedade[3]. Segundo autor, a enfermagem tem uma responsabilidade fundamental no trabalho com adolescentes, buscando a equidade na realização das práticas de saúde, a ampliação da autonomia e a corresponsabilização de adolescentes homens e mulheres ao lidar com a vida e com a prevenção de agravos que trazem sofrimento no processo do adolescer[4]. Nesta direção, um aspecto preocupante é a relação do adolescente e o uso de substâncias psico ativas, uma vez que este se torna vulnerável por diversos motivos como desinformação, companhias, desencontros familiares, sendo o contexto social bastante influente no seu comportamento. Acredita-se que os adolescentes e jovens possuem o desejo de ser escutados e a necessidade de ser reconhecidos em suas capacidades. Considerados como sujeitos plenos de direito, eles precisam ser vistos de modo concreto como cidadãos, capazes de posicionamento nos diversos níveis do cotidiano em que estão imersos[1]. Neste sentido, a escola constitui-se como um espaço privilegiado para a promoção de saúde, uma vez que é percebida como um território de relações interpessoais situadas em um determinado contexto sócio-econômico-cultural que envolve adolescentes, acadêmicos, professores, profissionais de saúde entre outros[5]. Ressalta-se que a escola é o espaço, no qual os estudantes passam a maior parte do seu dia e estabelecem relações e vínculos. A escola também atua de maneira significativa na formação de opiniões e na construção de caráter, sendo um local de referência para a implementação de qualquer programa que vise a educação e a conscientização. Uma das formas do adolescente expressar-se é através de atividades em grupo, o atendimento grupal constitui-se numa forma privilegiada de facilitar a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas. Nesta ótica, as acadêmicas de enfermagem integrantes do Programa de Educação Tutorial, desenvolvem um projeto de extensão vinculado a escolas públicas no intuito de efetivar práticas que possibilitem a interação com adolescentes. O “Projeto Adolescer” aqui relatado

vem sendo desenvolvido por docentes e discentes do curso de enfermagem, cujo objetivo é oferecer um espaço para discussão acerca de temáticas que sejam de interesse dos adolescentes e oferecer a oportunidade de esclarecer dúvidas relacionadas à adolescência, visto que esta é uma fase de grandes transformações. Almeja-se com essa atividade proporcionar espaços de discussões e reflexões que auxiliem os adolescentes a enfrentar essa fase, minimizando alguns conflitos que surgem nesse período e secundariamente, pretende-se trazer um retorno à comunidade, pois espera-se instigar a formação de cidadãos críticos e reflexivos. Frente ao exposto, justifica-se a importância deste trabalho, o qual relata um encontro sobre a temática de drogas e violência, no qual buscou-se uma interação com os adolescentes em relação à temática desenvolvida.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência do Projeto Adolescer, que é desenvolvido por bolsistas do Programa de Educação Tutorial e discentes do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria em escolas públicas da mesma cidade. O Projeto Adolescer busca uma condução ética para a realização de tais atividades, desse modo é entregue aos adolescentes um termo de autorização para seus pais ou responsáveis, também, as escolas envolvidas assinam um termo de aceite do projeto em sua instituição. Além disso, elabora-se no primeiro encontro com cada grupo de adolescentes um termo de compromisso, assegurando o sigilo ético e o respeito mútuo na vivência em grupo. As oficinas desenvolvidas estão pautadas na Metodologia Participativa. Esta Metodologia segue as orientações de autoras, contidas no Manual "Adolescer: compreender, atuar, acolher" do “Projeto Acolher”, que é uma iniciativa da Associação Brasileira de Enfermagem e do Ministério da Saúde. De acordo com as autoras citadas, a metodologia participativa permite a atuação efetiva dos participantes no processo educativo, são valorizados seus conhecimentos e experiências prévias; e as soluções para os problemas que emergem de seus próprios contextos de vida[6]. O encontro relatado neste trabalho abordou a temática de drogas e violência e com o intuito de instigar a discussão e questionamentos utilizou-se dinâmicas lúdico pedagógicas as quais oferecem um método educativo participativo, através do qual, os adolescentes são estimulados a atuar como sujeitos reflexivos e ativos na vivência ensino-aprendizagem realizada, e não como meros espectadores. Na dinâmica do "Verdadeiro ou Falso", cada participante ganhou duas placas, uma com um "V" correspondendo ao verdadeiro e outra com um "F" correspondendo ao falso. A atividade é realizada inicialmente pela leitura de uma frase aos participantes e estes, deverão erguer a placa do "V" ou do "F" conforme suas percepções, e após justificar o motivo da alternativa escolhida. Coerente a essa proposta, foram elaboradas seis afirmativas, apresentadas a seguir: "álcool é uma droga"; "gestante pode beber cerveja ou qualquer outra bebida alcoólica"; "quem usa a droga crack normalmente tira notas mais baixas"; "o corpo fica dependente de droga"; "para fugir de problemas pessoais, deve-se usar droga"; "a droga impede que a pessoa usuária, tenha emprego". Após a discussão das frases propostas, elaborou-se um segundo momento de reflexão, por meio de um teatro

apresentado pelas acadêmicas de enfermagem, o contexto da dramatização apresentava uma mãe em sua casa humilde, realizando tricô, como meio de geração de renda para comprar mantimentos para sua família, quando a mesma é interrompida com a chegada de sua filha em casa. A menina visivelmente alterada, pois era usuária de droga, grita e exige dinheiro para compra da mesma. Rapidamente, a mãe nega esse dinheiro à filha, enfatizando que essa economia seria para compra de comida para a casa. A filha possui novamente uma atitude de rebeldia e violência, assim continua com os gritos, afirmando que irá roubar os bens de dentro de sua própria casa para vender e comprar droga para consumo. Sem pensar, joga a mãe no chão, pega o celular que estava sobre a mesa e saí de casa batendo a porta de forma violenta, certamente indo a procura de algum vendedor de droga. O teatro teve como objetivo mostrar algumas problemáticas associadas ao uso de substâncias psicoativas. Além disso, enfatizar o sofrimento e o envolvimento da família nesse processo. Cabe ressaltar que, em todos os encontros grupais, as oficinas foram organizadas cuidadosamente, tanto na organização da sala quanto no preparo de material, na definição das brincadeiras e dos jogos usados nas dinâmicas. Acreditamos que esse cuidado minucioso ao desenvolver as dinâmicas auxilia na produção de um ambiente acolhedor e facilita aos jovens uma participação espontânea.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:**

A dinâmica proposta buscou mostrar aos adolescentes a importância de receber as informações sobre os riscos do uso de drogas, sobre a violência na convivência familiar, visando sensibilizá-los dos riscos aos quais estão expostos. Sabe-se que estes momentos não são definidores de suas atitudes, mas com certeza fornecem subsídios para refletirem e ponderarem suas escolhas. Destaca-se nesse trabalho alguns relatos dos adolescentes e momentos marcantes visualizados pelas acadêmicas. Primeiramente, na dinâmica do "V" ou "F", ressalta-se as escolhas dos participantes, a seguir: na alternativa "álcool é uma droga", doze pessoas ergueram a plaquinha de V e três a de F. As pessoas que julgaram a afirmativa V argumentaram que o álcool é uma droga, considerada uma "porcaria", pois provoca o vício e altera os sentidos e as atitudes da pessoa que ingere essa substância, segundo eles, ficando o individuo bêbado. Quanto aos que discordaram, relatam que se o álcool fosse uma droga, não seria vendido de forma legal e de fácil acesso, pois na visão dos mesmos a venda de drogas é ilegal. Nesse sentido, quando há uma reflexão sobre o conceito da palavra droga, logo pensa-se em cocaína, heroína, maconha, crack e outros tantos nomes que são dadas às drogas lícitas e ilícitas existentes. Não se deporta na maioria das vezes, quanto ao álcool, como sendo uma das drogas mais utilizadas e mais nocivas ao ser humano da atualidade, pois o álcool é consumido desde os tempos mais primitivos da sociedade e é visto como complemento dos momentos de alegria e de festa, onde as pessoas se reúnem para comemorar e celebrar a vida[7]. Uma pesquisa desenvolvida no ano de 2006 com 568 estudantes que cursavam o ensino médio enfatizou que, na maioria das vezes, o primeiro acesso às drogas ocorre na adolescência, comumente influenciado por familiares

ou por grupos sociais nos quais estão inseridos. A curiosidade é a principal causa que estimula o adolescente a experimentar a droga pela primeira vez, no que concerne ao tipo de droga, destaca-se o álcool[8]. Atualmente, segundo estudo, este é o entorpecente mais utilizado pela população mundial, estimando-se que uma entre quatro pessoas que utiliza essa substância se torna dependente. A facilidade de acesso agrava a situação, pois pode ser adquirido e consumido livremente em diversos ambientes[9]. Conforme autor quanto à substância de uso, o álcool apresenta maior prevalência no que concerne ao primeiro contato. Drogas lícitas fazem parte do cotidiano familiar e social dos adolescentes, pois o uso dessas substâncias está associado aos hábitos comemorativos[9]. Entretanto, os adolescentes, além de fisicamente, eles se desenvolvem emocionalmente e adotam uma conduta vigente no meio social; portanto, são considerados vulneráveis à dependência desses entorpecentes. Além do mais, o consumo excessivo de drogas, mesmo sendo socialmente aceito, traz riscos à saúde de qualquer pessoa e abre as portas para o consumo de drogas ilícitas[10]. Seguindo à dinâmica, quando é lida a alternativa que "gestante pode beber cerveja ou qualquer outra bebida alcoólica", os quinze participantes da oficina concordaram que a afirmação é falsa, pois consideram que o bebê poderia nascer com defeitos na sua formação e ao mesmo tempo questionaram se consumido em pequena quantidade poderia causar algum tipo de dano. Foi esclarecido ao grupo que durante a gestação é necessário realizar cuidados para garantia do nascimento de um bebê saudável e também quanto à saúde da gestante. Sendo o álcool um fator de risco para evolução gestacional, discutiu-se junto aos adolescentes cuidados importantes para minimização de complicações no período da gravidez, enfatizado a questão da bebida alcoólica. Segundo estudos, para o feto, o uso abusivo do álcool pode ocasionar a síndrome alcoólica fetal completa que consiste de anormalidades em três áreas tendo uma quarta área, frequentemente envolvida, que são as alterações da morfologia craniofacial, deficiências de crescimento intra uterino, disfunções do sistema nervoso central, entre outras anormalidades[11]. O álcool, quando ingerido pela gestante, atravessa a barreira placentária e faz com que o feto receba as mesmas concentrações da substância que a futura mãe. Porém, a exposição fetal é maior, devido ao fato de que o metabolismo e eliminação são mais lentos, fazendo com que o líquido amniótico permaneça impregnado de álcool não modificado em acetaldeído[12]. Entre as complicações pré-natais, provocadas pelo consumo de álcool, identificam-se anomalias físicas e disformismo no primeiro trimestre, aumento de duas a quatro vezes na incidência de abortamento espontâneo no segundo trimestre, fatores comprometedores durante o parto, como risco de infecções, deslocamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, trabalho de parto prematuro e líquido amniótico meconial[11]. Quando afirmado que "quem usa a droga crack normalmente tira notas mais baixas", os quinze adolescentes foram unânimes ao concordar com a frase. Nas falas estão presentes a relação do uso de crack como a diminuição da atenção no ambiente escolar, além de provocar insônia e podendo despertar atitudes de caráter violento. Foi possível perceber através de suas respostas e argumentos, que os participantes tinham um breve

conhecimento sobre o assunto e a partir disso, buscou-se compreender o contexto em que estavam inseridos, no qual muitos relataram que a droga é presente no ambiente em que moram e faz parte de sua realidade. Frente à isso, estudo aponta que os três fatores mais importantes para a inserção nas drogas são a história familiar, o uso por parte dos pais e certas características individuais, percebeu-se ainda que quando uma família está socialmente isolada é maior o perigo de uso de substâncias e aumenta o índice de abuso físico e sexual ou de fuga do lar. Outros fatores familiares predisponentes são o estresse causado por uma separação, divórcio, novas uniões conjugais, desemprego, doença ou morte de um dos pais, pai ou parente próximo com uso abusivo de drogas, baixo nível de autoestima, miséria, história de abuso físico ou sexual, distúrbios psiquiátricos, em especial a depressão, fracasso ou dificuldades escolares[13]. Acredita-se que não só é fator de risco o uso por parte dos pais, mas a atitude, a educação e as medidas disciplinares inconsistentes com relação ao uso de substâncias aos seus filhos. Um dos mais poderosos fatores predisponentes ao uso de substâncias é a influência do grupo de iguais, o adolescente cujos melhores amigos usam o fumo, o álcool e outras drogas será mais facilmente levado a experimentar do que aquele cujos amigos evitam as drogas e não estão de acordo com seu uso[13]. Espera-se que este fator de risco possa ser diminuído com a atuação dos profissionais de saúde em ações de educação em saúde com grupos de adolescentes, onde eles possam estar refletindo e optando para outros caminhos que não sejam o das drogas. Estudos ressaltam o aumento progressivo do consumo de *crack* por brasileiros. Embora seu surgimento seja recente (década de 1990), esse entorpecente já adquiriu o mesmo perfil de consumo que outras substâncias psicoativas, com início precoce e associado a outros fatores de risco, como a influência dos pares, conflitos familiares e o meio social desfavorável. No entanto, em decorrência de sua característica farmacológica, possui um efeito destrutivo mais intenso, tanto social como biológico[14]. Os efeitos negativos do *crack* se potencializam porque, ao consumi-lo, o indivíduo inala não apenas cocaína, um alcalóide, mas também um éster conhecido como metilecgonidina ou simplesmente Aeme. Há poucas informações a respeito dos efeitos do éster, que é produzido quando a cocaína é queimada em alta temperatura e pode causar a morte de neurônios. Os efeitos do *crack* atingem rapidamente o cérebro e causam uma sensação de prazer de curta duração. Isso leva os usuários a aumentar a frequência do consumo da droga e desenvolver rapidamente dependência[15]. Quando comentado que "o corpo fica dependente de droga", apenas um participante considerou a alternativa falsa, os demais apontaram como verdadeira. A maioria relatou aspectos que ressaltam a dependência da droga, aliam a necessidade de usar novamente a droga para satisfação do desejo de consumo, sendo um processo contínuo. Quanto a discórdia dessa afirmação, justificou-se pelo participante que caso o mesmo experimentasse o uso de uma droga, ele considera a possibilidade de controlar o uso e de não sentir falta do consumo. Segundo autores, a tolerância é um estado caracterizado pela necessidade do uso de drogas em maiores quantidades para se obter os mesmos efeitos. Evidência científica do uso contínuo ocorre pelo envolvimento neuropsicológico do

usuário. Há riscos de morte súbita paranoia, agressividade e parada cardíaca. A abstinência pode provocar depressão, cada droga utilizada exerce um efeito no organismo e o conhecimento destes efeitos, é de grande importância na prevenção[13]. Sendo assim, os jovens devem ter conhecimento desses dados antes de se aventurar a experimentá-las induzidos pela curiosidade. Outra alternativa para eles responder, é "para fugir de problemas pessoais, deve-se usar droga". Nessa alternativa todos apontaram a placa de falso, suas falas remetem que o uso de drogas, não auxiliaria na fuga dos problemas, apenas estaria criando um novo problema, como a dependência. Dentro de seu contexto sugerem que quando as pessoas possuem problemas devem realizar uma oração ou consultar um profissional da psicologia. Enfatizou-se nessa discussão que ao utilizar a droga como fuga, após passar o efeito da mesma os problemas não seriam solucionados e ainda o vício se tornaria mais um empecilho na vida dessa pessoa. Para finalizar as alternativas, diz-se que "a droga impede que a pessoa usuária, tenha emprego", nessa situação, os quinze participantes avaliam essa afirmação como verdadeira. Expressam em seus discursos que a pessoa usuária vive em função da satisfação de seu vício, essa é a única prioridade diária desse indivíduo. Ainda, comentam que têm familiares usuários de drogas que não conseguem criar um vínculo empregatício, pois a pessoa usuária de droga, trabalha até conseguir dinheiro para sustentar o vício e após isso, abandona o emprego, neste momento um menino disse que quando trabalha ainda está bom, pois o pior é quando rouba para sustentar o vício. Segundo pesquisa, a baixa escolaridade ou baixo rendimento escolar entre os dependentes químicos está associada ao desenvolvimento da dependência, que se torna preocupante à medida que a carência escolar ocasiona uma baixa qualificação profissional e, consequentemente, uma baixa expectativa de vida[16]. Compreende-se que o consumo diário de drogas também pode contribuir para o afastamento do mercado de trabalho, pois, à medida que o dependente passa a maior parte do tempo na obtenção ou na utilização da droga, ele pode abandonar ou desconsiderar as responsabilidades diárias. Após a discussão das alternativas sobre drogas, foi dada a continuação do encontro com um segundo momento, no qual, foi apresentado o teatro sobre violência, onde a filha rouba a mãe para comprar drogas e então sugeriu-se ao grupo que comentassem o que tinham acabado de visualizar, os adolescentes demonstraram indignação com a atitude da filha, visto que a mãe não tinha dinheiro para uma necessidade básica, que no caso, seria comprar mantimentos para sua alimentação. Repudiaram a atitude da filha de roubar sua própria mãe, além de agredi-la fisicamente. Ressalta-se que os adolescentes tinham conhecimento antes da realização da dinâmica relatada, sobre os malefícios que o vício da droga pode causar, sendo relatado por eles vivências no ambiente familiar. Dessa maneira, torna-se importante trabalhar os assuntos drogas e violência, visto que estão presentes no cotidiano destes adolescentes. Acredita-se que a família faz parte da prevenção primária de diversas psicopatologias, entre elas a dependência química, por ser a primeira referência do indivíduo, ela pode minimizar ou acrescer as consequências da exposição aos fatores de risco. Em estudo realizado com dependentes químicos, foi comprovado que 48,5% dos

usuários tinham um dos pais com problemas relativos ao abuso de substâncias psicoativas, ressaltando que tais índices são significativos para determinar o uso de drogas nas gerações futuras[17]. Frente ao exposto, acredita-se ser de suma importância proporcionar um ambiente agradável para que os adolescentes possam refletir sobre algumas temáticas que sejam de interesse destes. Destaca-se, que no decorrer das oficinas, é possível construir um espaço dialógico com os adolescentes, pois eles têm a oportunidade de manifestar suas opiniões e pensamentos sobre os temas abordados. Isso permite a obtenção e a troca de conhecimentos, de acordo com as necessidades oriundas da realidade em que os adolescentes estão inseridos[18]. Entende-se que as discussões realizadas com os adolescentes, por meio de seu interesse e dúvidas na temática, são prova da importância da realização deste tipo de atividade, como forma de informar e, prevenir problemas futuros. Nem todos os adolescentes têm liberdade em casa para falar sobre determinados assuntos, sendo esse espaço propiciado pelo projeto em que as dúvidas podem ser esclarecidas pelas acadêmicas sem o receio de serem julgados ou reprimidos. Nesse contexto, torna-se imprescindível para os realizadores do projeto a busca e o aprofundamento das informações sobre as temáticas abordadas nas oficinas, fortalecendo o exercício proativo de construção de conhecimento. Ao mesmo tempo, a troca de ideias entre todos, favorece a ponderação sobre os temas, tanto no âmbito da teoria quanto no da prática. Ao final, pode-se avaliar o resultado desses momentos de reflexão, também, na vida dos participantes[18]. Além disso, a criação e o fortalecimento de vínculo entre os participantes auxiliam na construção das oficinas e propiciam espaços de reflexão para os adolescentes. Desta maneira, o projeto busca contribuir com a promoção da saúde dos adolescentes e com a construção coletiva de conhecimento, por meio de uma produção que remeta à promoção do desenvolvimento saudável da juventude. Argumenta-se que em ações junto aos adolescentes, a enfermagem deve se basear nos princípios para construção de práticas emancipatórias do adolescente nos inúmeros espaços de atuação[4]. Entende-se com isto que esta prática será geradora de uma vivência mais salutar aos participantes, tanto para os sujeitos de nosso cuidado, quanto para nós, cuidadores.

**CONCLUSÃO:** Essas atividades possibilitaram diferentes discussões e construções junto ao grupo, pois os mesmos refletiram sobre os malefícios da droga, sua influência na vida de quem consome e dos membros da família desse usuário, as repercussões futuras do uso dessas substâncias e sobre a importância da conscientização que a droga causa um vício, levando a dependência e dessa forma, o caminho de volta é dificultoso, sendo a prevenção a palavra de ordem. Os participantes visualizaram esses aspectos em sua realidade, esse espaço oportunizou a percepção do conhecimento que esses indivíduos possuem e a realidade em que estão presentes, sendo indispensável uma discussão como essa realizada na oficina. Nota-se que o desenvolvimento deste projeto permite suprir necessidades de informações aos adolescentes, além de fornecer orientações acerca de suas dúvidas, qualificando os cuidados com sua saúde. Nessa perspectiva, destaca-se a importância de

projetos como o Adolescer, com o objetivo de estabelecer ações educativas, que fomentem orientações, discussões e aquisição de novos conhecimentos por parte dos participantes. Defende-se que a escola deva ser interpretada como um espaço não só de formação, mas também de conhecimento e informação. Os alunos participantes têm desenvolvido a promoção da saúde por meio de temáticas atuais e de responsabilidade social, possibilitando um espaço importante de discussões que auxilia que a fase da adolescência seja vivenciada com consciência crítica e reflexiva. Além disso, este projeto proporciona aos acadêmicos do curso de enfermagem a oportunidade de exercer, ensinar e aprender sobre a atuação de um profissional da área da saúde engajado em ações de cunho educativo. Isso vem a contribuir para o crescimento pessoal e profissional do estudante, pois a sensibilidade e a criatividade para adaptar as dinâmicas e os temas ao contexto vivido no momento grupal foram permanentemente ativadas, permitindo-nos lidar com a diversidade do grupo e criar um espaço de intervenção crítica e transformadora. Além disso, aprendemos nessa experiência que trabalhar com adolescentes é presenciar um fenômeno biológico e social e, por isso, dinâmico e impreciso. Visualiza-se a necessidade de enquadrarmos as escolhas dos jovens sobre que assunto tratar nos encontros e como abordá-los, buscando envolvê-los no processo de conhecimento não apenas no intuito de ensinar e orientar, mas interagindo e possibilitando a troca de experiências com eles. Percebeu-se ainda, que ao criar um vínculo com os adolescentes, foi possível a construção de um espaço que permitiu que expusessem suas experiências e curiosidades acerca dos temas propostos nas oficinas. Ainda, reconheceu-se que estes momentos foram oportunos para expressividade dos adolescentes, para troca de conhecimentos e interação pessoal numa perspectiva horizontal de relação educador e educando, favorecendo assim, um exercício de cidadania.

Á**REA TEMÁTICA:** Educação**.**

**REFERÊNCIAS**

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente.** Bases Programáticas. 2ª Edição. Brasília, 1996.

2. Françoso LA, Gejer D, Reato LFN. Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência. São Paulo: Atheneu. 2001.

3. Capistrano FC, Ferreira ACZ, Silva TL, Kalinke LP, Maftum MA. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro. 2004;17(2): 234-41.

4. Ramos FRS. Bases para uma ressignificação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Enfermagem. Adolescer, compreender, acolher. Brasília, 2001. P.11-8.

5. Rocha CMR, Ferriari MGC, Souza MSS. Acompanhamento do adolescente na escola - projeto Adolescer. In: Adolescer: compreender, atuar, acolher. Projeto Acolher. Brasília: Ministério da Saúde / ABEn, 2001.

6. Lopes EB et al. Metodologias participativas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Enfermagem. Adolescer, compreender, acolher. Brasília, 2001.

7. Gigliotti A *et al*. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos**.** Rev bras de Psiquiatr. 2004;26(1): 11-13.

8. Pratta EMM; Santos MA. Levantamentos dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. SMAD, Rev. eletrônica saúde mental alcool drog. 2006;2(2): 1-17.

9. Silva LHP, Borba LO, Paes MR, Guimarães NA, Mantovani MF, Maftum MA. Perfil os dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2010;14(3):585-90.

10. Bessa MA. Contribuição sobre a legalização de drogas. Ciênc. saúde coletiva. 2010;15(3):632-6.

11. Fabbri CE, Pedrão LJ. Narcodependência na gestação: Consequências para o concepto. Revista Baiana de Enfermagem. 2001;12 (1): 29-38.

12. Fiorentin CF, Vargas D. O uso de álcool entre gestantes e o seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2006;2(2): 0-0.

13. Silber TJ, Souza RP. Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. Adolesc. Latinoam. 1998;1(3): 148-62.

14. Raup L; Adorno RCF. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). Ciênc. saúde coletiva. 2011;16(5):2613-22.

15. Garcia RC et al. The neurotoxicity of anhydroecgonine methyl ester, a crack cocaine pyrolysis product. Toxicological Sciences. 2012;128(1): 223-34.

16. Monteiro CFS, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG, Passamani MC. Perfil sóciodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS- ad do Piauí. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2011;15(1):90-5.

17. Aragão ATM; Milagres E; Figlie NB. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. Psico USF. 2009.14(1):117-23.

18. Ressel LB et al. A Vivência de Acadêmicos de Enfermagem como Oficineiros em Grupos de Adolescente. Rev Mineira de Enferm. Abril – Junho 2011.

# CONHECIMENTO DE PROFESSORES SOBRE PRIMEIROS SOCORROS: POSSIBILIDADE DE EDUCAR EM SAÚDE NA ESCOLA

# TEACHER KNOWLEDGE ABOUT FIRST AID: POSSIBILITY OF HEALTH EDUCACATION IN SCHOOL

# CONOCIMIENTO DE PROFESORES SOBRE PRIMEROS AUXILIOS: POSIBILIDAD DE EDUCACIÓN EN SALUD EN LA ESCUELA

BOTTEGA, Janilene Camara1
NIETSCHE, Elisabeta Albertina2
LIMA, Márcia Gabriela Rodrigues de3
MOTTA, Cristiane Apio4
BOCK, Andressa5
SANTINI, Caroline Feltrin6

1 Enfermeira. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES/UFSM/CNPQ). E-mail: janicamega@yahoo.com.br
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf./UFSM. Coordenadora do GEPES/UFSM/CNPQ.
3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade Dom Alberto. Integrante do GEPES/UFSM/CNPQ.
4 Enfermeira. Integrante do GEPES/UFSM/CNPQ.
5 Graduanda do Curso de Enfermagem da UFSM. Integrante do GEPES/UFSM/CNPQ.
6 Graduanda do Curso de Enfermagem da UFSM. Integrante do GEPES/UFSM/CNPQ.

**RESUMO:** A escola tem um importante papel na promoção de saúde, prevenção de doenças e acidentes. Objetivou-se identificar as necessidades dos professores de uma escola de ensino fundamental para o atendimento de primeiros socorros no ambiente escolar e capacitá-los para atuar nessas situações. Pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, realizada com 18 professores de uma escola do interior do RS/Brasil, em 2012. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada para coleta de dados e a realização de uma capacitação. Para análise dos dados empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Os professores perceberam que primeiros socorros é o atendimento primário e imediato à vítima e as situações mais frequentes na escola são os arranhões e os tombos/quedas. Nas situações de desmaio e convulsão suas respostas tiveram algumas modificações após o emprego da ação. Contudo, proporcionando educação em saúde aos professores sobre primeiros socorros, instiga a criatividade e ensina novas formas de promover a saúde no ambiente escolar.

**DESCRITORES:** Primeiros Socorros; Escola; Enfermagem Educação em Saúde.

**ABSTRACT:** The school has an important role in the health promoting, disease preventing and injury. It was aimed to identify the needs of teachers of a public school of primary teaching to the care of first aid in the school environment and to enable them to act in these situations. It is a action research with qualitative approach realized with 18 teachers of a school inland of the RS/Brazil in 2012. It was used a semi-structured interview to collect data and it was realized a training. For data analysis we used the technique of Content Analysis by Bardin. The teachers perceived that first aid is the immediate and primary car to the suffer and the most frequent situations in school are the scratches and bumps / falls. In cases of fainting and convulsions your answers have some modifications after of the employment of action. However, providing health education for the teachers about first aid encourages the creativity and teaches new ways to promote health in the school environment.

**DESCRIPTORS:** First Aid; School; Nursing; Health Education.

**RESUMEN:** La escuela tiene un papel importante en la promoción de salud, prevención de enfermedades y lesiones. Se objetivó identificar las necesidades de los profesores de una escuela primaria para atender a situaciones de primeros auxilios en el entorno escolar y capacitar ellos para actuar en estas situaciones de sus necesidades. Es una investigación-acción con abordaje cualitativo
realizada con 18 profesores de una escuela en el interior del RS/Brasil, en 2012. Se utilizó la entrevista semi-estructurada para recolección de datos y realización de una capacitación. Para análisis de datos se utilizó la técnica de Análisis de Contenido de Bardin. Los profesores perciben que primeros auxilios son atendimiento inmediato y primario a la víctima y las situaciones más frecuentes en la escuela son los arañazos y golpes/caídas. En casos de desmayos y convulsiones suyas respuestas tuvieron algunas modificaciones después del empleo de la acción. Sin embargo, ofreciendo educación en salud a los profesores sobre primeros auxilios, fomenta la creatividad y enseña nuevas formas de promover salud en el ámbito escolar.

**DESCRIPTORES:** Primeros Auxilios; Escuela; Enfermería; Educación en Salud.

## INTRODUÇÃO

Os acidentes na escola são muito frequentes, por existir locais de risco, nem sempre perceptíveis pelos seus responsáveis, dentre os quais se destacam: pátios, corredores, parques, banheiros, salas de aula, escadas e quadras poliesportivas. Portanto, o ambiente escolar representa uma importante faceta do problema de traumas e mortes decorrentes de acidentes, onde crianças e jovens são, particularmente, um grupo vulnerável[1].Entretanto,

na maioria das vezes, os professores não foram adequadamente preparados para atuar em situações de primeiros socorros, assim, diante do acidente, não sabem como proceder[2]. Isso se torna preocupante, pois crianças e adolescentes passam aproximadamente um terço do dia na escola ou no caminho em direção a esta[1]. A escola é um dos pilares da educação, da construção da cidadania, da formação de um povo e de uma nação, mas, sobretudo, ela também assume um papel importante e crescente na promoção de saúde, prevenção de doenças e de acidentes. A manutenção do ambiente físico, emocional e psicológico seguro no espaço escolar é objeto de constante preocupação de responsáveis, professores e direção da escola[1]. O professor é o profissional de maior contato com o aluno e deve saber avaliar adequadamente a vítima, de forma objetiva e eficaz, prestando atendimento adequado até que o socorro especializado chegue[3]. Porém, a falta de informações e considerando que o número de crianças e jovens para cada professor, muitas vezes, é elevado, torna-se comum, por parte de tal profissional, assumir posturas e condutas inadequadas como: o estado de pânico ao ver o acidentado, a manipulação incorreta da vítima, o que pode agravar seu estado clínico, e ainda a solicitação excessiva e desnecessária do serviço de emergência[4]. Dentre as lesões e alterações mais comuns estão: febre, convulsão, sangramento nasal, contusões, ferimentos, distensões, obstrução aérea por corpo estranho, fraturas, intoxicação por produtos químicos, sinais e sintomas de desmaio e a parada cardiorrespiratória[3]. Nesse contexto, o enfermeiro tem um papel de extrema importância na educação em saúde de professores para lidarem em situações inesperadas, pois ensinando primeiros socorros não estará promovendo somente a saúde, mas a vida. Considerando que, a capacitação dos mesmos visa reduzir o índice de morbimortalidade decorrente de acidentes ou alterações de saúde que ocorrem com alunos em ambiente escolar, indo ao encontro da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências[5].

**OBJETIVO**

Identificar as necessidades dos professores de uma escola municipal de ensino fundamental para o atendimento de primeiros socorros dentro do ambiente escolar e capacitá-los para atuar nessas situações.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa- ação, com abordagem qualitativa, exploratória-descritiva. Na pesquisa-ação há resolução de um problema coletivo, no qual pesquisadores e participantes da situação estão envolvidos de modo cooperativo ou participante. As fases da pesquisa foram norteadas conforme o pesquisador Thiollent[6]: fase exploratória, formulação do problema, construção das hipóteses, definição de temas e problemas. O cenário do estudo foi uma escola municipal de ensino fundamental alocada no interior do RS. Essa instituição atende 439 alunos do 1º ao 9º ano, distribuídos pelos turnos da manhã e tarde, possui 25 professores e 4 funcionários. Os sujeitos da pesquisa foram dezoito professores da escola. Como critérios de inclusão desses sujeitos consideraram-se: ser professor efetivo da escola,

estar vinculado à instituição por no mínimo 30 dias, pois se acredita que nesse período ele já presenciou/atuou em alguma situação envolvendo prestação de primeiros socorros ao aluno. Como critério de exclusão estipulou-se: ser aluno em estágio, professor em férias, licença, atestado ou afastamento de qualquer outra natureza, não participar de todas as fases da pesquisa. A coleta de dados ocorreu em 2012, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética com o número 07281612.0.0000.5346. A entrevista semi-estruturada foi utilizada como instrumento de coleta de dados, sendo que as respostas dadas foram de modo escrito e o roteiro possuía simulações de situações problema, tais como: desmaio e convulsão, as quais serão relatadas neste trabalho. Organizou-se em: Entrevista A (diagnóstico do conhecimento prévio sobre primeiros socorros) e Entrevista B (conhecimento após a ação/intervenção das necessidades pontuadas pelos professores na capacitação). O processo de análise dos dados, juntamente com a discussão e a interpretação destes foi orientado pelo método de Análise de Conteúdo, de Bardin[7]. Além disso, afirma-se que as diretrizes e normas da Resolução 196/96 do CNS/MS foram atendidas. Para assegurar a confidencialidade e a privacidade dos sujeitos adotaram-se nas respostas a letra "P" (Professor), por exemplo: P1, P2 e assim sucessivamente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das entrevistas, emergiram seis categorias: "Concepção de primeiros socorros para os professores"; "Situações de primeiros socorros que acontecem na escola"; "Atuação dos professores em situações de primeiros socorros na escola".

### Concepção de primeiros socorros para os professores

Sobre a concepção acerca do conceito de primeiros socorros, dez professores responderam que: *"São os primeiros atendimentos que se ministra a alguém que sofre algum acidente" (P5); "É o primeiro atendimento quando acontece alguma situação de risco à saúde da pessoa" (P16).* Para eles o conceito de primeiros socorros pauta-se na elaboração de atendimentos iniciais logo após a vítima ter sido acidentada. Então, primeiros socorros compreendem as ações iniciais realizadas em curto espaço de tempo pela equipe de resgate no local onde ocorre o agravo à saúde, seja ele traumático, clínico ou psíquico[8]. Nesse mesmo contexto, outros oito professores conceituaram primeiros socorros como atendimentos imediatos e rápidos, como ilustrado: *"Atendimento urgente e rápido para proteger a vida, a integridade física" (P3);"A palavra já diz: é os primeiros momentos, de ajuda, atendimento imediato" (P9).* Aqui o conceito de primeiros socorros está pautado na realização de uma assistência momentânea à ocorrência do acidente e deve, sobretudo, ser desempenhada de forma rápida por aquele que executa a função de socorrista. O aumento da sobrevida está relacionado com a instalação das etapas de suporte básico precocemente, estas incluem ativação do sistema médico de urgência, reconhecimento do risco de morte para a vítima e a utilização correta de procedimentos de primeiros socorros[9]. Portanto, para os professores participantes desta pesquisa, primeiros socorros significam

atendimentos primários que devem ser prestados de forma imediata, sendo executada de forma segura e preventiva.

**Situações de primeiros socorros que acontecem na escola**

Conforme destacam os professores, dentre as situações de primeiros socorros que mais ocorreram na escola estão: os arranhões/escoriações; os tombos/quedas; as contusões/batidas; as] torções; as luxações; as fraturas; os cortes; os desmaios; os enjôos; as dores "de cabeça" e dores "de estômago"; os sangramentos nasais e o mal estar. Em relação à frequência dos acidentes de maior] ocorrência enumera-se: os arranhões/escoriações, doze vezes, seguida de tombos/quedas, onze vezes. Essa situação pode ser explicada porque essa escola tem como clientela, em sua maioria, crianças e adolescentes que, por vezes, nas brincadeiras durante o intervalo de aula, em atividades físicas, em pátios, corredores, escadas, banheiro, pracinha ou pela curiosidade, sofrem quedas que, geralmente, são seguidas de escoriações. Tal situação ocorre porque o ambiente escolar é propício ao risco de acidentes, então, O emprego de procedimentos corretos podem minimizar os danos à saúde do estudante e reduzir o tempo de recuperação, diminuindo assim sua ausência das atividades educativas e convívio social[1].

**Atuação dos professores em situações de primeiros socorros na escola**

Com vistas a identificar o conhecimento dos professores sobre primeiros socorros criaram-se situações problema que ilustrassem sua conduta diante de cada caso, antes e após a ação. Desmaio Um aluno está desmaiado no banheiro. O que você faria? Cinco professores, antes da ação, responderam que: *"Afastaria os curiosos para circular o ar, tentaria identificar os sinais vitais e chamaria por socorro – SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)" (P3); "Colocaria ele em decúbito dorsal, escutaria sua respiração e chamaria a ambulância" (P17).* Percebe-se que, em casos de desmaio, esses professores fariam um atendimento inicial à vítima e após pediriam auxílio a profissionais especializados. Em situações de urgência, a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser prontamente realizados de forma objetiva e eficaz, a fim de aumentar a sobrevida e reduzir as sequelas dessas vítimas[9]. Dois sujeitos responderam que diante da situação de desmaio chamariam a direção da escola. Isso está exposto a seguir: *"Chamaria a direção" (P13); "Chamaria a direção da escola" (P18).* Verifica-se por meio das falas que, a prestação de primeiros socorros à vítima por professores que ocupam cargos de chefia na escola transmitem segurança aos demais professores, pois sua responsabilidade, enquanto socorrista será transferida. Entretanto, isso poderá retardar os atendimentos primários que devem ser imediatos. É fato bastante conhecido que muitas vidas se perdem por falta desses cuidados imediatos que podem ser prestados por qualquer pessoa ainda no local da ocorrência, até a chegada de um médico ou de pessoas qualificadas[10]. Sete professores responderam que chamariam ajuda, mas sem especificar se seria seria profissional ou de outro leigo: *"Chamaria ajuda" (P4); "Não tenho nem ideia, mas chamaria ajuda" (P11).* Esses professores afirmam que não realizariam nenhum atendimento inicial à vítima, apenas esperariam a chegada de profissionais especializados, seja pelo desconhecimento da

conduta adequada perante os diferentes tipos de agravos à saúde que podem acometer o aluno ou até mesmo pela insegurança pessoal. No intuito de capacitá-los, durante a ação foi trabalhado duas situações de desmaio: quando a pessoa está desfalecendo e quando ela já se encontra inconsciente. Inicialmente, foi definido que desmaio "é a perda transitória da consciência, ocasionada pela hiperfusão cerebral global e caracterizada por rápido início, curta duração e recuperação completa e espontânea"[(11:212)]. O desdobramento das ações teve como preocupação o destaque quanto à importância do reconhecimento rápido que requer uma situação de urgência, juntamente com a avaliação inicial da vítima e o chamado dos profissionais da saúde capacitados para condutas mais complexas. "Esse reconhecimento consta em sinais como: fraqueza, suor frio abundante, palidez intensa" [(12:105)]. Conforme a situação exposta na entrevista, a conduta correta a ser tomada por uma pessoa leiga em situação de desmaio é acionar o SAMU e verificar se a vítima está respirando. Se ela está respirando, enquanto aguarda a chegada dos profissionais, deve-se removê-la para um ambiente arejado, colocando-a deitada, com sua cabeça e ombros em posição mais baixa que o resto do corpo, elevando suas pernas com auxílio de uma mochila, já que o trabalho foi orientar os professores para atuarem utilizando noções de improvisações. Também, deve-se "afrouxar a roupa da vítima, lateralizando sua cabeça ou o corpo para prevenir afogamento com vômito, por exemplo, ou sufocamento com o relaxamento da musculatura"[(12:106)]. Após encontrar a vítima, deve-se procurar não abandoná-la, pois a observação dela possibilitará a transmissão de informações de grande relevância aos profissionais habilitados. Após essa ação, alguns professores responderam que, primeiramente, observariam a respiração da vítima, chamariam o socorro especializado ou já iniciariam manobras de ressuscitação cardíaca: *"Não abandonar a vítima; verificar se respira; chamar o SAMU" (P3);"Verificar se está respirando, caso não, fazer compressões cardíacas" (P5);"Se tiver respirando, inclina a cabeça e chama o SAMU" (P8).* Esses depoimentos revelam que em situação de desmaio os professores não abandonariam a vítima, lateralizariam a cabeça, observando a atividade respiratória, em casos de ausência iniciariam compressões cardíacas, e chamariam socorro especializado. Outros professores responderam que: *"Remover para um lugar arejado, deitá-lo e chamo o SAMU e responsáveis" (P1); "Manter o local arejado e levantar os membros superiores e inferiores, mantendo-o deitado" (P2).* Esses professores, como procedimento de primeiros socorros em casos de desmaio, levariam as vítimas para um local arejado, levantando os membros superiores e inferiores, sendo que após chamariam auxílio especializado. Em síntese, antes da capacitação, em situação de desmaio, os participantes chamariam auxílio de profissionais especializados e, a seguir, solicitariam auxílio de docentes que ocupam cargo de chefia na escola ou apenas chamariam socorro especializado sem realizar nenhum procedimento antes de sua chegada. Entretanto, após a capacitação alguns referiram que não abandonariam a vítima, observariam sua atividade respiratória, levariam para um lugar arejado ou iniciariam manobras de ressuscitação cardíaca, lateralizariam sua cabeça, elevando os membros superiores e inferiores.

Convulsão

Você percebe que há um aluno com comportamento diferente do habitual. Ele está bocejando, com aparência de grande cansaço, diz estar se sentindo fraco, com muita fome e sono. Em seguida ele cai ao chão e começa a se debater, tremer e a babar. Ele está convulsionando. O que você faz? Seis sujeitos responderam, antes da ação, que: *"Deito ele [aluno] no chão, afasto móveis e curiosos, cuidando para não engolir a língua e espero passar a convulsão. Depois chamo a família e encaminho para o SAMU" (P3);"Sei que se devem afastar os outros, manter a cabeça elevada para não engolir a língua e chamar socorro" (P5); "Afastaria os móveis, seguraria seu corpo e colocaria um pano na boca para ele não morder a língua [...]"(P6).* Tais depoimentos mostram que, em situação de convulsão, os professores preocuparam-se em afastar os móveis e realizar cuidados para que a vítima não "engolisse" ou mordesse a língua. Este é, provavelmente, um dos principais mitos relacionados à convulsão. A língua é um músculo do corpo como outro qualquer e assim como os demais músculos se contraem durante uma convulsão e relaxa após o episódio da mesma, o mesmo vai ocorrer com a língua dando a impressão que a vítima está "engolindo a língua"[13]. Já três participantes afirmam que: *"Peço para chamar o SAMU, mantendo o aluno em espaço arejado e afastando objetos que possam machucá-lo" (P2); "Cuidaria que não tivesse nem um objeto para que ele não venha a se machucar e deixaria ali até que passasse a convulsão" (P10).* Tais falas apontam o procedimento correto perante a situação de convulsão, pois os professores preocuparam-se com o ambiente onde a vítima está e, após, aguardariam o episódio convulsivo passar. Nessa situação, a vítima sempre cai, seu corpo fica tenso e retraído, ela debate-se violentamente no chão, batendo contra móveis, objetos, etc[14]. Em contrapartida, nove professores destacam que chamariam ajuda ou não saberiam o que fazer. Pensando nisso é que, ao realizar a capacitação referente à temática convulsão explicou-se aos professores que elas são consideradas alterações súbitas das funções cerebrais, causando contrações musculares involuntárias, apresentando normalmente perda de consciência. Sua ocorrência caracteriza-se pela perda repentina de consciência devido a atividade anormal do cérebro, sendo que estas contrações musculares violentas podem durar de dois a quatro minutos, depois disto, os movimentos vão enfraquecendo e a vítima recupera-se lentamente. A crise convulsiva pode acontecer em consequência de febre muito alta, intoxicação ou, ainda, devido à epilepsia ou lesões no cérebro[15]. As crianças têm uma predisposição maior às crises convulsivas que os adultos, levando em conta a maturação do sistema nervoso central nessa época da vida e considerando-se também as características próprias das crises convulsivas e as manifestações das crises que variam com a idade[16]. A conduta com crianças no momento da crise é acomodá-la colocando em decúbito horizontal e com a cabeça inclinada lateralmente, protegendo-a contra traumatismos, procurar manter as vias aéreas desobstruídas e aguardar a crise passar[16]. Na maioria das vezes, quando acontece uma convulsão em sala de aula ou em outra dependência escolar, a criança passa a ser alvo de comentários, dos olhares dos colegas, dos professores e de outros possíveis presentes[15].

Levando-se em consideração tal situação, foram orientados os professores a preservarem a intimidade da criança que está convulsionando, retirando as demais crianças e pessoas do ambiente em que a crise está acontecendo. É conduta de socorro permanecer junto à vítima, até que ela se recupere totalmente. Enquanto espera-se esta recuperação, deve-se conversar com a vítima, demonstrando atenção e cuidado com o caso, e informá-la onde está e com quem está, para dar-lhe segurança e tranquilidade[12]. Além disso, deve-se, se possível, contar o tempo de duração da crise e o tempo de intervalo entre uma crise e outra, caso venha a se repetir, para informar aos profissionais de saúde, pois essa informação pode ajudar no tratamento da criança. Mas além de saber a conduta correta, os professores foram orientados também do que não pode ser realizado na vítima convulsionando, como: interferir nos movimentos convulsivos – mas assegurar-se que a vítima não está se machucando, não colocar nenhum objeto rígido entre os dentes da vítima, não jogar água fria no rosto da vítima[12].

Após a capacitação, dezessete professores responderam que afastariam os móveis, para proteger a vítima de lesões decorrentes das contrações involuntárias, lateralizariam sua cabeça, esperariam a convulsão passar, observando o tempo de duração, e chamariam socorro especializado, conforme descrito nos depoimentos seguintes: *"Afasto todos os materiais que podem machucá-lo, marco o tempo de duração e intervalos e chamo socorro" (P1); "Afastaria as crianças do local, colocaria a jaqueta abaixo da cabeça e retiraria tudo a sua volta. Esperaria passar a descarga elétrica e levaria ao PA [Pronto Atendimento]" (P9).* Neste estudo, pode-se ressaltar a importância do conhecimento nas condutas de atendimento à vítima de convulsão, porque, posterior à capacitação, a maioria dos participantes estariam aptos a prestar atendimento correto frente essa situação, sendo que apenas um professor destacou que continuaria pedindo auxílio aos colegas da direção da escola. As primeiras ações, como a identificação da crise, duração e os fatores que possam tê-la desencadeado, são informações pertinentes, pois são ferramentas fundamentais para nortear a conduta clínica diante dessa situação, visando à melhor recuperação da criança ou do adolescente, preferencialmente sem sequelas.

## CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou identificar o conhecimento dos professores acerca de primeiros socorros, mais comuns na escola, bem como sua abordagem metodológica conferiu dinamismo aos encontros e oportunidade de participação dos usuários no processo educativo. Através do diálogo foi possível o compartilhamento de dúvidas, proporcionando aprendizagem e ampliando o olhar para além da técnica, instigando a criatividade e ensinando novas formas de fazer construídas nas possibilidades do ambiente escolar. Portanto, a promoção da saúde no ambiente escolar é fundamental para o desenvolvimento integral da cidadania, possibilitando a população desse ambiente o cuidado de si e a garantia de um ambiente mais seguro.

**ÁREA TEMÁTICA:** Educação

**REFERÊNCIAS**

1. Liberal EF. et al. Escola Segura. Jornal de Pediatria. 2005; 81: 155-63.

2. Rojo CF. Treinamento em primeiros socorros nas escolas. TILZ – Tearfund International Learning Zone, 2007 [acesso em 2012 Abr 16]. Disponível em: http://tilz.tearfund.org/Portugues/Passo+a+Passo+7180/Passo+a+Passo+75/Treinamento+em+primeiros+socorros+nas+escolas.htm.

3. Machado MAS et al. Conhecimento de professores do ensino fundamental sobre primeiros socorros que devem ser prestados a alunos em ambiente escolar. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA e ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓSGRADUAÇÃO, 15., 11., 2011, Urbanova. Anais eletrônicos. Recife: Universidade do Vale do Paraíba, 2011.

4. Fioruc BE et al. Educação em saúde: abordando primeiros socorros em escolas públicas no interior de São Paulo. Rev Eletr Enf [internet]. 2008 [acesso em 2013 Abr 05]; 10 (3): 695-702. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a15.htm.

5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.863, 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2003.

6. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 16. ed. São Paulo (SP): Cortez; 2008.

7. Bardin L. Análise de Conteúdo. 7 ed. Portugal: Geográfica Editora; 2009.

8. Romanzini EM, Bock LF. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. 2010; 18: 105-112. 2010.

9. Ferreira AVS, Garcia E. Suporte básico de vida. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2001; 2: 214-25.

10. Albuquerque PC et al. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface – comunic. Saúde, Educação. 2010; 8: 259-74.

11. Martins HSM et al. Emergências clínicas – abordagem prática. Disciplina de Emergências Clínicas do Hospital das Clínicas da FMUSP. Barueli: São Paulo, 7. ed.; 2012, p. 212.

12. Ministério da Saúde (BR). Manual de Primeiros Socorros. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz; 2003c. 170p.

13. Hospital Pequeno Principe Neuropeditria. Epilepsia: derrubando alguns estigmas. 2012 [acesso em 2013 Mar 12]. Disponível em: http://www.neuropediatria.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=163:epilepsia-derrubando-algunsestigmas&catid=46:epilepsias&Itemid=104.

14. Hospital Santa Mônica. Vertigens, desmaios e convulsões. 2012 [acesso em 2013 Mar 22]. Disponível em: http://www.hospitalsantamonica.org/index.php/espaco-saude/primeirossocorros/vertigens-desmaios-e-convulcoes.

15. Silva EAC et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento préhospitalar. Rev Eletr Enf [acesso em 2013 Abr 05]. 2010; 12: 571-7, 2010. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a23.htm

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PERCEPÇÕES DOS DOCENTES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM A RESPEITO DO ENSINO POR COMPETÊNCIAS

# PERCEPTIONS OF FACULTY OF GRADUATE COURSE IN NURSING EDUCATION IN RESPECT OF SKILLS

# PERCEPCIONES DE FACULTAD DE CURSO DE POSTGRADO EN EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL RESPETO DE LAS COMPETENCIAS

ARRUDA, Marina Patrício[1]
ARRUDA, Sonimary Nunes[2]
KOCH, Tania[3]
MAESTRI. Eleine[4]
MARTINI, Jussara Gue[5]

1 Socióloga. Doutora em Serviço Social. Professora da Universidade do Planalto Catarinense.
2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade do Planalto Catarinense.
3 Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul. tania_koch22@hotmail.com
4 Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista FUMDES. Professora assistente da Universidade Federal da Fronteira Sul.
5 Enfermeira. Doutora. Professora adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina.

## RESUMO

O Ensino por competências e a possibilidade de reflexão são, na atualidade, os caminhos mais discutidos por educadores diversos, os quais salientam a importância em se aliar formação e a prática reflexiva do professor. A justificativa para a realização deste estudo, parte da observação cotidiana sobre a prática reflexiva entre docentes, à semelhança do que ocorre em outras áreas profissionais, tem merecido muitas discussões, principalmente pela constatação da necessidade de mudanças teórico-metodológicas. OBJETIVO: relatar as percepções dos docentes de um Curso de Graduação em Enfermagem sobre o ensino por competências. METODOLOGIA: trata-se de um relato de experiência que teve como temática o Ensino por Competências em um curso de graduação em Enfermagem em Santa Catarina. Contribuíram neste processo professores graduados em Enfermagem, com titulação mínima de mestrado e tempo de atuação na docência do ensino superior há onze anos. RESULTADOS: Ao entendermos a definição de competência, podemos perceber que a atitude respeitosa entre ambos os sujeitos no processo de aprendizagem é inerente a este processo, pois sem ela não se constroem os laços necessários para construção do conhecimento. Cabe ao professor a apresentação deste conhecimento de maneira articulada

em que busca uma associação entre teoria-prática. A verdadeira conquista para atingir esta transformação dos saberes em valores está baseada fundamentalmente em juntar o "ser e o fazer" do docente e do aluno, onde ambos possam dialogar nesta perspectiva de transformação, existe uma necessidade de que este processo se dê em uma via de duas mãos onde ambos, professor e aluno transitem por esta transformação. CONCLUSÃO: os professores do ensino superior devem ter uma postura inovadora, a fim de encorajar-se a romper com o modelo de educação antigo e ultrapassado e aceitar novas competências e habilidades, tendo em vista que nossas ações são reflexo dos profissionais que estamos formando.

**DESCRITORES:** Educação; Enfermagem; Ensino Superior.

**SUMMARY** Teaching Competency and the possibility of reflection are, at present, the paths most discussed by many educators, who emphasize the importance of training and practice to ally reflective teacher. The rationale for conducting this study, part of everyday observation on reflective practice among teachers, similar to what occurs in other professional areas, has received much discussion, especially since the need for theoretical and methodological changes. OBJECTIVE: To report the perceptions of teachers of an Undergraduate Nursing on teaching competency. METHODOLOGY: This is a report of an experience he had as a theme the Teaching Competency in an undergraduate course in Nursing in Santa Catarina. Contributed in this process teachers graduates in nursing, master's and titration minimal time working in teaching in higher education for eleven years. RESULTS: By understanding the definition of competence, we can see that the respectful attitude between both subjects in the learning process is inherent in this process, because it can not be built without the bonds necessary for knowledge construction. The teacher presenting this knowledge in a manner that seeks to articulate an association between theory and practice. The real achievement to achieve this transformation of knowledge is fundamentally based on values in join the "being and doing" the teacher and student, where both can talk this perspective transformation, there is a need for this process to take in a route two hands where both teacher and student moved through this transformation. CONCLUSION: teachers in higher education should have an innovative approach to encourage to break with the education model old and outdated and accept new skills and abilities, in order that our actions are a reflection of the professionals that we are forming.

**KEYWORDS**: Education, Nursing; Higher Education.

**RESUMEN** Competencia docente y la posibilidad de la reflexión son, en la actualidad, los caminos más discutidos por muchos educadores, que hacen hincapié en la importancia de la formación y la práctica de aliarse profesor reflexivo. La justificación de la realización de

este estudio, que forma parte de la observación cotidiana de la práctica reflexiva de los profesores, de forma similar a lo que ocurre en otras áreas profesionales, ha recibido mucha discusión, sobre todo porque la necesidad de cambios teóricos y metodológicos. **OBJETIVO**: Describir la percepción de los profesores de una Licenciatura en Enfermería de la competencia pedagógica. **METODOLOGÍA**: Se trata de un informe de una experiencia que tuvo como tema la competencia docente en un curso de pregrado en Enfermería en Santa Catarina. Han participado en este proceso los profesores graduados en enfermería, maestría y titulación de un tiempo mínimo de trabajo en la enseñanza en la educación superior desde hace once años. **RESULTADOS**: Al entender la definición de la competencia, podemos ver que la actitud respetuosa entre ambos sujetos en el proceso de aprendizaje es inherente a este proceso, ya que no se puede construir sin los lazos necesarios para la construcción del conocimiento. El profesor presenta este conocimiento de una manera que intenta articular una relación entre la teoría y la práctica. El verdadero logro para lograr esta transformación del conocimiento se basa fundamentalmente en valores de unirse al "ser y hacer" el maestro y el alumno, donde ambos pueden hablar esta transformación de perspectiva, hay una necesidad de que este proceso tenga en una ruta dos manos, donde el profesor y el estudiante se movían a través de esta transformación. **CONCLUSIÓN**: profesores de enseñanza superior deben tener un enfoque innovador para alentar a romper con el modelo de educación viejas y anticuadas y aceptar nuevas destrezas y habilidades, con el fin de que nuestras acciones son un reflejo de los profesionales que estamos formando.
**PALABRAS CLAVE:** Educación, Enfermería, Educación Superior.

## INTRODUÇÃO

O Ensino por competências e a possibilidade de reflexão são, na atualidade, os caminhos mais discutidos por educadores diversos, os quais salientam a importância em se aliar formação e a prática reflexiva do professor. A justificativa para a realização deste estudo, parte da observação cotidiana sobre a prática reflexiva entre docentes, à semelhança do que ocorre em outras áreas profissionais, tem merecido muitas discussões, principalmente pela constatação da necessidade de mudanças teórico-metodológicas. O foco deste relato é a estratégia pedagógica do Ensino por Competências, conforme estabelecido pelos Parâmetros Curriculares Nacionais, que entre outros objetivos, destaca a necessidade da formação de sujeitos baseada no estímulo no espírito científico e pensamento reflexivo. Buscamos apreender as concepções de ensino por competências a partir do entendimento de professores de um curso de Graduação em Enfermagem de Santa Catarina. Em relatório encaminhado à UNESCO, a educação é problematizada a partir de quatro pilares fundamentais: aprender a conhecer (adquirir cultura geral ampla, evidenciando a necessidade de educação contínua e permanente), aprender a fazer (desenvolver competências amplas para o mundo do trabalho), aprender a conviver juntos (cooperar com os outros em todas as atividades humanas), e aprender a ser, que integra todos os

aprendizados, favorecendo ao indivíduo adquirir autonomia e discernimento[1]. A combinação entre os elementos "experiência", "ambiente", e "capacidades individuais/maturação" permite a constituição das diferentes maneiras de aprender. Desde a habituação (estímulo-resposta) e os condicionamentos clássicos e operantes até a formação de comportamentos complexos[2]. A teoria da aprendizagem também amplia outras dimensões e destaca as repercussões das experiências educativas prévias sobre a assimilação do conhecimento novo e ressaltando duas condições para a construção de significado: um conteúdo potencialmente significativo e uma atitude favorável para aprender significativamente. Assim, a aprendizagem significativa requer do aprendiz uma postura pró-ativa que favoreça o estabelecimento de relações entre o novo e os elementos já presentes em sua estrutura cognoscitiva[2]. Essa estrutura representa um conjunto de esquemas de conhecimento constituído por dados, conceitos, situações, fatos, seqüência de acontecimentos, ações e seqüências de ações, que podem estar mais ou menos organizados e coerentes e que permitem o estabelecimento de redes e relações de diferentes matizes de extensão e complexidade[2]. Porém, se o conteúdo novo não apresentar funcionalidade, isto é, possibilidade de utilização ou relação com as circunstâncias nas quais o estudante estiver envolvido, ele pode até memorizá-los, porém não há garantia a respeito do tempo de retenção, nem do grau de integração ou modificação que serão produzidas sobre as relações e esquemas de conhecimento previamente adquiridos[2]. Por isto, pode-se dizer que os desafios inerentes ao oficio do professor sempre existiram, mas a noção de competência pedagógica, na atualidade, assume características específicas, exigindo que o educador proponha-se à reflexão e à análise de sua prática, com vistas à inovação[2]. Embasado por estes referenciais, esse estudo propõe compreender a relação entre o ensino orientado por competências e as práticas pedagógicas implementadas na sala de aula. O objetivo do relato está em buscar o entendimento dos docentes sobre o ensino por competências esperando propiciar informações que possibilitem discussões elucidativas sobre a temática.

Assim, enfatizamos que o ensino por competências e as reflexões sobre o processo educativo que possivelmente virão, poderão contribuir para o ensino de Graduação em Enfermagem. O desafio de ser educador numa sociedade que se transforma aceleradamente, nos faz pensar na formação do enfermeiro-professor a partir de uma prática docente reflexiva. A abordagem por competência é considerada como uma questão que, ao mesmo, tempo é de continuidade e de ruptura. De continuidade, porque faz parte do processo de evolução do mundo, das fronteiras, das tecnologias, dos estilos de vida que hoje requerem flexibilidade e criatividade dos seres humanos trabalhadores, portanto, as escolas têm como missão desenvolver a inteligência como capacidade multiforme da adaptação às diferenças e às mudanças. De ruptura, com aquela pedagogia que não prepara o indivíduo para enfrentar situações reais, e sim, para prestar exames; um distanciamento das rotinas pedagógicas e didáticas, das compartimentações disciplinares, da segmentação do currículo, do peso da avaliação e da seleção, das imposições da organização escolar, que nada contribuem para construir competências3. As competências formam-se passo a passo, num

diálogo interior, movendo-se pelas relações intrapessoais e interpessoais. Quanto às competências de um educador, elas devem revelar um professor reflexivo, capaz de avaliar e de auto-avaliar, adotando uma postura crítica, tomando decisões diante das escolhas de estratégias para atingir os objetivos educacionais, coerente com as exigências éticas da profissão[4]. As tendências e perspectivas da formação de professores de ensino superior apontam para uma modificação essencial: os docentes universitários são líderes e a liderança é uma área que convida a investigação, o estudo, a procura do novo, a possibilidade de ser flexível, a troca e a participação[5]. Portanto, necessitam desenvolver novas habilidades e novas competências, trabalhando com atitudes inovadoras com relação ao acompanhamento e à orientação de seus alunos. Estas competências devem estar ainda, direcionadas ao fomento da pesquisa educacional, ferramenta fundamental para a formação dos universitários, uma vez que, nos dias atuais, eles esperam uma nova postura de seus professores[6]. A abordagem por competências considera os conhecimentos como ferramentas a serem mobilizadas conforme as necessidades, a fim de possibilitar a resolução de determinadas situações-problema apresentadas na escola, no trabalho e fora dele. A construção de competência seria então a capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos no enfrentamento eficaz de diversas situações[3].

**OBJETIVO** Relatar as percepções dos docentes de um Curso de Graduação em Enfermagem sobre o ensino por competências.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência que teve como temática o Ensino por Competências em um curso de graduação em Enfermagem em Santa Catarina. Contribuíram neste processo professores graduados em Enfermagem, com titulação mínima de mestrado e tempo de atuação na docência do ensino superior há onze anos. O primeiro passo dessa reflexão foi a elaboração de categorização que nos possibilitou a construção e operacionalização a partir do conceito de ensino por competências, de onde identificamos as dimensões a serem discutidas.

| Categoria | Conceito | Dimensões | Indicadores | Fonte |
|---|---|---|---|---|
| Ensino por Competências | "A abordagem dialógica de competência reconhece e considera a história das pessoas e das sociedades nos seus processos de reprodução ou de transformação dos | - Abordagem dialógica<br>-História das pessoas e das sociedades<br>-Transformação dos saberes e valores<br>-e os resultados esperados numa(...)área | -Atitude respeitosa<br>-Saberes pertinentes<br>-Planejamento reflexivo<br>-Articulação de determinados saberes | Lima 2005 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | saberes e valores que legitimam os atributos e os resultados esperados numa determinada área profissional.” | profissional. | | |

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No que se refere ao Ensino por Competências, observamos a articulação entre as percepções e os indicadores desenvolvidos a partir da categoria Ensino por Competências. Na a**bordagem dialógica e atitude respeitosa** os docentes compõem um universo de significados para a prática e buscam por meio desta dimensão, perceber como se estabelecem estes processos dialógicos em sala de aula. O professor deve perceber a necessidade da formação global do aluno e permitir mobilização de conhecimentos, motivando o aluno a pensar, avaliar e agir. É um ensino criativo inovador que veio para romper as barreiras de forma positiva em relação a forma tradicional de ensino.

É possível identificar aspectos que ressaltam a importância dos processos formadores em sala de aula, que perpassam por esta dinâmica de não fragmentação dos saberes, e que tornam importante o diálogo entre professor e aluno. O saber fragmentado corresponde a incapacidade de organizar o saber disperso e compartimentado e conduz a atrofia da disposição mental natural de contextualizar e globalizar[7]. Destacando os Quatro Pilares fundamentais para educação do futuro propostos por Edgar Morin: *aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser*, a compreensão dos docentes em alguns aspectos relacionados ao ensino por competências, vislumbra este exclusivamente voltado para a competência do aluno, ficando o professor como parte não pertencente ao processo[7]. Ao refletirmos sobre o ensino por competência e atitude respeitosa em sala de aula, destaca-se que no ensino por competência a relação professor aluno deve ser mais aberta. O professor ao preparar sua aula deve ter a clareza do seu papel de facilitador e não de transmissor de conteúdo. Os alunos devem ter seu espaço na sala de aula, ou nas atividades de ensino, participando como cidadãos, indagando, divergindo e mostrando seus conhecimentos. Assim, deve existir atitude respeitosa entre professor e aluno alicerçado no respeito mútuo. Percebe-se o pensamento da participação ativa e de autonomia do aluno no processo de aprendizagem, onde professor e aluno tornam-se interlocutores do processo. Ao tratar da necessidade de mudança da educação, o ensino por competências torna-se uma estratégia em direção da mudança. Ao entendermos a definição de competência, podemos perceber que a atitude respeitosa entre ambos os sujeitos no processo de aprendizagem é inerente a este processo, pois sem ela não se constroem os laços necessários para construção do conhecimento. Para a **transformação dos saberes em valores,** resgata-se a educação perpassando por várias dimensões do ser humano, não podendo ser apenas

caracterizado como um processo de transferência de conhecimentos. Desta forma, ao refletirmos como os conteúdos do plano de ensino são trabalhados em sala de aula e como ocorrem os planejamentos das disciplinas, orientados pelo ensino por competências, é possível evidenciar a correlação entre teoria e prática por meio da problematização e contextualização das vivências dos alunos. O professor atua como facilitador, enfatizando que os alunos devem buscar seus conhecimentos complementando conteúdos abordados. O conhecimento pertinente é o que é capaz de situar qualquer informação em seu contexto e, se possível, no conjunto em que está inscrita. Podemos dizer até que o conhecimento progride não tanto por sofisticação, formalização e abstração, mas, principalmente, pela capacidade de contextualizar e englobar. A transição entre saberes e valores deve inevitavelmente passar por esta proposição do autor, onde o aluno irá se apropriar da pertinência deste conhecimento para aí sim transformá-lo em valores[6]. Cabe ao professor a apresentação deste conhecimento de maneira articulada em que busca uma associação entre teoria-prática. A verdadeira conquista para atingir esta transformação dos saberes em valores está baseada fundamentalmente em juntar o "ser e o fazer" do docente e do aluno, onde ambos possam dialogar nesta perspectiva de transformação, existe uma necessidade de que este processo se dê em uma via de duas mãos onde ambos, professor e aluno transitem por esta transformação. Não se pode separar prática de teoria, autoridade de liberdade, ignorância de saber, respeito ao professor de respeito aos alunos, ensinar de aprender[8]. Educar é por essência, uma forma de intervenção no mundo, uma tomada de posição uma escolha. A educação é uma estratégia autêntica de comunicação, pois envolve emoções, desejos e sonhos[9]. Nos **resultados esperados numa determinada área profissional,** a prática docente implica em articular diversos saberes em diversos ambientes. A prática docente na enfermagem requer capacidade ainda mais ampla de articular estes saberes, pois a relação ensino-aprendizagem se dá não somente no âmbito teórico, mas principalmente na mobilização de conhecimentos em prol de aquisição ou desenvolvimento de uma habilidade prática no aluno. Desta forma, no ensino por competências os professores constroem ou utilizam seus instrumentos de avaliação. No entanto, compreende-se que não é uma tarefa fácil avaliar as competências. Pode-se verificar como os estudantes estão se posicionando em relação às temáticas abordadas e se adotam o que aprenderam. Desenvolver o processo de avaliação dentro do modelo de ensino por competências deve inevitavelmente, perpassar por caminhos trilhados pelo professor e aluno, em que ambos permitam-se construir um percurso pautado na prática reflexiva, onde a partir destas reflexões serão percebidas ou não necessidades de interferência na dinâmica da construção do conhecimento. A avaliação é processual, não cabendo somente a instrumentos fechados e pré-definidos a "responsabilidade" de caracterizar o aluno ou atribuir a este um valor ou uma classificação. Assim, as competências de um educador, devem revelar um professor reflexivo, capaz de avaliar e de auto avaliar, adotando uma postura crítica, tomando decisões diante das escolhas de estratégias para atingir os objetivos educacionais, coerente com as exigências éticas da

profissão. Nesta perspectiva percebe-se que toda trajetória metodológica seguida dentro do ensino por competências, deve contemplar oportunidades mútuas de construção, desconstrução e reconstrução do conhecimento, pois é este movimento que possibilita articular as ferramentas necessárias para desenvolver de fato a processualidade da avaliação[10]. Com relação as percepções relacionadas a dificuldades e facilidades, deste exercício de utilizar o método do ensino por competências na sua prática diária, apontamos como dificuldades: desvincular o compromisso tradicional de trabalhar todos os conteúdos preparados em sala de aula ou laboratórios, desenvolver competências e habilidades para essa nova prática de ensino e romper as barreiras entre ensino tradicional e o ensino por competências. O mais desafiador para o docente da educação formal, é estabelecer esta relação sólida entre o processo de ensinar-aprender fundamentado pelo modelo do ensino por competências, uma vez que a hierarquização do ensino e a fragmentação disciplinar impõem ao professor uma meta de cumprir em tempo hábil seu plano de ensino. É preciso substituir o pensamento que isola e separa por um pensamento que distingue e une[7]. A interligação de todos os conhecimentos combate o reducionismo, uma vez que a simplicidade não exprime a unidade e a diversidade presentes no todo. Desta forma, refletindo entre a fala do sujeito e a proposição deste autor, constata-se que o desafio esta exatamente na capacidade de ampliação do pensamento pelo docente e da urgente necessidade de unir as partes que os currículos disciplinares fragmentaram. Somente com o exercício docente de problematizar sua prática a luz da reforma do pensamento é que as barreiras impostas pela dificuldade de operacionalização do ensino por competências, será rompida[7]. Obtivemos aspectos relevantes na percepção dos professores, relacionados às facilidades inerentes ao modelo do ensino por competências como: disponibilidade para enfrentar mudanças, acreditar nas novas possibilidades; se assumir como facilitador no crescimento dos alunos e desenvolvimento de habilidades e competências; vontade de buscar alternativas e crescer, conhecer e vivenciar esta nova prática pedagógica com os colegas na integração das disciplinas, conteúdos, associações (totalmente ou parcialmente). Encontramos hoje uma visível intencionalidade por parte dos docentes pela busca desta inteireza para os processos educacionais formadores, claro que com algumas ressalvas como todo e qualquer momento de transição paradigmática. Mudanças efetivas em pressupostos epistemológicos tão enraizados ocorrem aos poucos. Freire também propõe discussões que se associam aos novos paradigmas educacionais, na medida em que condena as mentalidades fatalistas e retoma a idéia de movimento e de que tudo está sendo feito. Para o referido autor o ato de educar é um ato construtivo capaz de libertar o ser humano das cadeias do determinismo imposto por um pensamento linear e simplista[8]. Nessa perspectiva, o autor caminha ao encontro do pensamento complexo e da compreensão de que é preciso substituir um pensamento que isola e separa, por um pensamento que distingue e une [7]. No entanto, as transições somente se efetivam quando os indivíduos assumem esta co-responsabilidade de reconstruir caminhos, em busca de uma prática em que professor e aluno edifiquem juntos o processo de construção do conhecimento.

**CONCLUSÃO**

A ênfase nesta modalidade de reflexão destaca a importância da temática no ensino superior, uma vez que propõe discussão sobre os novos paradigmas que envolvem a educação através do modelo do Ensino por Competências e que acarretam mudanças nos projetos pedagógicos das instituições de ensino. Acreditamos que os docentes envolvidos apresentam conhecimento parcial a cerca da proposta do Ensino por Competências. Na maioria das vezes, o professor é conhecedor de tais formas de trabalho, mas, por convicção e resistência, vislumbra o ensino da mesma forma com que foi formado. Ressaltamos ainda que ao proporcionar a discussão sobre o Ensino por Competências percebe-se a diferença entre o ensino tradicional, fragmentado, e uma prática interdisciplinar, aquela que busca articular diferentes saberes, característica do Ensino por Competência.

Afirmamos ainda, que os professores do ensino superior devem ter uma postura inovadora, a fim de encorajar-se a romper com o modelo de educação antigo e ultrapassado e aceitar novas competências e habilidades, tendo em vista que nossas ações são reflexo dos profissionais que estamos formando.

Á**REA TEMÁTICA:** Educação

**REFERÊNCIAS**

1. DELORS, J. Educação: um tesouro a descobrir. 2 ed. Saõ Paulo: Cortez, 1999.

2. LIMA, Valéria V. **Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface** - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a12.pdf >. Acesso em: 24 de maio 2011.

3. PERRENOUD P. **Construindo as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed; 1999.

4. PERRENOUD P. **Procedimento referente ao projeto, pedagogia do projeto [Apresentado no 3º Seminário Internacional de Educação**; 2003 fev 21-22; São Paulo (SP)]

5. VALLUIS. Marcel Andre. **Liderança e Comunicação: Competências Acadêmicas dos Professores de Ensino Superior**. 2013

6. MORIN. Edgar. **Os sete saberes necessários á educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 8 ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 2003.

7. MORIN. Edgar .**A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento / Edgar Morin; tradução Eloá Jacobina**. - 8aed. -Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

8. FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação?** São Paulo: Paz e Terra, 1997

9. ARRUDA, P.M., PORTAL, F.L, **Saberes e Fazeres Docentes:o dilema da reforma do pensamento e da prática pedagógica do educador do século XXI**. Florianópolis, v13, n.01- 2012.

10. LUCHESE Roselma; Sônia Barros. **Pedagogia das competências um referencial para a transição paradigmática.no ensino de enfermagem** - uma revisão da literatura. 2006.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS-LÍDERES: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA PERSPECTIVA DE FREIRE

# TRAINING OF NURSES-LEADERS: A REFLECTION FROM THE PERSPECTIVE OF FREIRE

# LA FORMACIÓN DE ENFERMERO-LIDERES: UNA REFLEXIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE FREIRE

AMESTOY, Simone Coelho[1]
BACKES, Vânia Marli Schubert[2]
TRISTÃO, Fernanda Sant'Ana[3]
TRINDADE, Letícia de Lima[4]
THOFEHRN, Maira Buss[5]
ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena [6]
ÁVILA, Veridiana Corrêa[7]
BRAGA, Diego Duro[8]

1 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - UFPel. simoneamestoy@hotmail.com
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Associada II do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC. Pesquisadora CNPq.
3 Enfermeira. Mestre em Educação. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Professora da Faculdade de Enfermagem da UFPel.
4 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e do Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade do Oeste de Chapecó (UNOCHAPECÓ).
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - UFPel.
6 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - UFPel.
7 Enfermeira. Egressa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - UFPel.
8 Acadêmico de enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - UFPel.

**RESUMO:** este estudo consiste em uma reflexão teórica sobre a formação de enfermeiros-líderes, a partir da perspectiva freireana. A liderança caracteriza-se como uma competência profissional do enfermeiro que necessita ser estimulada durante a graduação e após, quando o mesmo estiver inserido nos serviços de saúde. Optou-se por adotar o pensamento freireano, pois o mesmo permite a sustentação necessária para ancorar a liderança no diálogo. Destaca-se a importância de uma educação que promova a autonomia e capaz de

despertar no acadêmico, um olhar crítico e o potencial para intervir nos espaços, consciente de seu poder de transformação.

**Descritores:** Enfermagem; Liderança; Educação em Enfermagem.

**ABSTRACT:** this study consists of a theoretical reflection on the training of nurse-leaders, from the perspective of Freire. The leadership is characterized as a nurse's professional competence that needs to be stimulated during and after graduation, when it is inserted in the health services. We chose to adopt Freire's thought, because it allows the support necessary to anchor the lead in dialogue. Highlights the importance of an education that promotes autonomy and able to arouse in academic, a critical look at the potential for intervening spaces, conscious of its power of transformation.

**Descriptors:** Nursing; Leadership; Education and Nursing.

**RESUMEN:** este estudio consiste en una reflexión teórica sobre la formación de enfermeras, líderes, desde la perspectiva de Freire. El liderazgo se caracteriza por la competencia profesional de enfermería que necesita ser estimulado durante y después de la graduación, cuando se inserta en los servicios de salud. Decidimos adoptar el pensamiento de Freire, ya que permite el apoyo necesario para anclar la iniciativa en el diálogo. Destaca la importancia de una educación que promueva la autonomía y capaz de despertar en el ámbito académico, una mirada crítica sobre el potencial de los espacios intermedios, consciente de su poder de transformación.

**Descriptores:** Enfermería; Liderazgo; Educación en Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A liderança se caracteriza como um elemento de grande importância na formação do enfermeiro e vem sendo discutida com maior frequência nas últimas duas décadas em consequência de transformações como, por exemplo, a globalização, a expansão do terceiro setor, o surgimento constante de inovações tecnológicas, as quais impõem uma nova realidade. Esta repercute no mundo do trabalho, exigindo dos enfermeiros, novas formas de agir e se relacionar. Conceitualmente existem muitas diferenças em relação à definição de liderança. Considerando a perspectiva teórica freireana, a qual assumimos nesse trabalho, liderança representa uma competência profissional do enfermeiro, que o torna capaz de influenciar sua equipe no alcance de resultados positivos, por meio do estabelecimento de um processo dialógico, visando tanto o bem estar do paciente como as necessidades dos serviços de saúde[1]. Voltando-se o olhar para o ensino, chama-se a atenção para o fato de que a formação de novos enfermeiros-líderes vem inserindo-se com consistência na pauta de discussões dos docentes de Enfermagem. Discussões essas necessárias, em virtude do

contexto atual de saúde requerer, cada vez mais, de profissionais capazes de desempenhar o gerenciamento do cuidado[2]. Convém destacar que além de potencializar o cuidado, a liderança poderá auxiliar o enfermeiro no estabelecimento de um ambiente de trabalho satisfatório, mediante a construção de vínculos profissionais saudáveis entre o enfermeiro e os demais integrantes da equipe de enfermagem e multiprofissional[3]. Diante do momento atual, no qual a enfermagem contemporânea está inserida, a era do conhecimento, é indispensável promover nos educandos atitudes pró-ativas que refutem a acomodação, e que potencializem mudanças, escolhas e novos olhares frente à realidade preservando a qualidade, respeito e postura ética nas suas ações. Por isso, formar seres de transformação, os quais não estão no mundo somente para adaptar-se a ele, mas sim, para transpor posturas engessadas, as quais são entraves na construção de novos pensamentos e ações, consistem em desafios para os docentes[1]. Considera-se também a importância de uma formação que extrapole os muros das instituições de ensino e dos serviços de saúde e caminhe ao encontro de um entendimento claro sobre o País, sua história, desenvolvimento e potencialidades, bem como sobre a história da profissão, de suas lutas, conquistas e desafios. Frente ao exposto, são necessárias lideranças comprometidas com a Enfermagem e com a saúde nacional[4], ou seja, enfermeiros-líderes que utilizam a liderança amparada no diálogo, no direito de dizer a palavra, na ação e na reflexão. Mediante a relevância das discussões sobre liderança no campo da enfermagem, têm-se pensado com frequência, em maneiras de contribuir com a formação de enfermeiros-líderes e por isso, questiona-se: Será que o processo de formação dos enfermeiros contempla o desenvolvimento da liderança como uma prática dialógica? O que se tem feito para despertar nos acadêmicos um olhar inovador, transformador, criativo e um espírito de liderança capaz de exercer influência, com o intuito de aprimorar as práticas do cuidado? Enquanto docentes, qual a nossa compreensão do significado e do exercício da liderança e que práticas pedagógicas costumam ser adotadas, no processo de formação de enfermeiros líderes? Frente a estes questionamentos, adotou-se o referencial Freireano, por acreditar que o mesmo possui grande relevância para o contexto educacional. Destaca-se que não se tem a pretensão de respondê-los e nem de oferecer respostas prontas, pois seria incoerente com o pensamento freireano, mas sim levantar alguns questionamentos e fomentar algumas discussões sobre o tema. Esse modo de pensar não reconhece a liderança como algo que dependa exclusivamente de características pessoais e inatas do sujeito e sim como algo que depende da aprendizagem social do individuo e suas interações com o meio e pode ser desenvolvida por meio da comunicação dialógica sendo esta comunicação horizontal, onde os sujeitos sociais compartilham experiências na transformação e autotransformação.

**OBJETIVO** Nesse contexto, objetivou-se construir uma reflexão teórica sobre a formação de enfermeiros-líderes, a partir da perspectiva freireana.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma reflexão teórica, construída a partir de uma tese de doutorado, originada de leituras das obras de Paulo Freire sobre educação, com o intuito de elucidar o processo de formação dos enfermeiros-líderes e traçar novas perspectivas e possibilidades de exercer a liderança com base no diálogo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com base na literatura busca-se nesse manuscrito resgatar e discutir sobre os desafios que permeiam a formação de enfermeiros-líderes. O enfermeiro-líder é visto como exemplo para sua equipe, desta forma, suas palavras e ações influenciam na atuação de seus colaboradores. No momento em que seu ato promove discórdias, ruídos na comunicação e objetivos conflitantes, sua liderança deixa de ser dialógica, o qual pode refletir nas relações de trabalho, afetar diretamente o cuidado ao ser humano. Para evitar situações deste tipo, incentiva-se que o enfermeiro esteja comprometido, buscando agir e refletir sobre sua prática, tornando-se um ser da práxis, mediante o estabelecimento de processos dialógicos. Salienta-se que o diálogo na obra freireana, representa um fenômeno humano, que não pode ser reduzido ao simples depósito de ideias de um sujeito no outro, por se tratar do encontro entre os homens, enquanto seres pensantes, para problematizar situações com o intuito de modificar a realidade na qual estão inseridos[5]. Isto é, liderança não pode ser vista como um simples depósito determinista, trata-se da construção, a partir da problematização, em prol de indivíduos ou grupos de indivíduos com os mesmos objetivos. Convém esclarecer que o diálogo entre os sujeitos não os torna iguais, porém indica a posição democrática entre eles. Os objetivos poderão ser os mesmos, porém a individualidade precisa ser preservada. O diálogo tem significado porque os sujeitos dialógicos não apenas conservam sua identidade, mas a defendem, crescendo um com o outro, consequentemente, o diálogo não nivela, não gera reducionismos, pelo contrário impulsiona o respeito entre os sujeitos engajados[5]. Observa-se, portanto, que muitas vezes, as pessoas evitam a abertura para o diálogo, por possuir receio que isto interfira em sua autoridade. Vale dizer, portanto, que a partir da perspectiva freireana, adotar uma postura democrática e participativa, não irá prejudicar o trabalho, ao contrário, poderá aproximar os sujeitos envolvidos e possibilitar trocas e crescimento mútuo. Ao estender o olhar da formação de enfermagem para o exercício da profissão, visualiza-se que a autenticidade do diálogo pode favorecer as relações interpessoais e, além disso, fazer com que os sujeitos se sintam valorizados e conscientes da importância de seu papel social. Cabe destacar ainda, que a partir dessa perspectiva, por meio do diálogo que o homem difere-se dos demais, tornando-se um ser político, capaz de fomentar inovações, transpor limites e transformar o contexto social. A relevância do estabelecimento de relações dialógicas repercute de modo positivo, tanto na formação, possibilitando a aproximação de docentes e discentes, a partir do desenvolvimento de relações empáticas, as quais valorizem as contribuições de cada sujeito histórico, favorecendo a construção e reconstrução de um conhecimento crítico, criativo e reflexivo,

quanto no exercício da profissão, no âmbito hospitalar, onde é imprescindível que o enfermeiro utilize o diálogo para tomar decisões e gerenciar conflitos, vivências frequentes em seu processo de trabalho. Alguns enfermeiros possuem dificuldades em colocar em prática sua liderança, acredita-se que este fato possa estar relacionado ao processo de ensino-aprendizagem desta competência profissional desenvolvida nas instituições de ensino superior e com o escasso incentivo ao aprimoramento profissional oferecido pelos serviços de saúde[6].Tal fato pode estar associado há diversos fatores, dentre eles convém destacar a formação acadêmica dos enfermeiros, ou seja, a maneira como a liderança vem sendo trabalhada no contexto educacional. Por esse motivo, cabe retomar as concepções de educação bancária e problematizadora, com base na obra freireana devido suas influências na educação no campo da enfermagem. Desta forma, é importante destacar, portanto que, para Paulo Freire Educação não se restringe ao ensino escolar, nem muito menos ao treinamento profissional. Trata-se da formação do homem, considerado como ser inacabado, em permanente processo de autoformação[7]. A concepção de educação bancária é exemplo de educação antidialógica, pois é marcada pela contradição entre educador-educando, pois ela representa o ato de depositar e transmitir conhecimento, no qual os docentes são os depositantes do saber e os discentes os depositários. Nesta concepção, em lugar de comunicar-se, o educador faz comunicados e depósitos que os educandos absorvam de forma passiva[5]. Dessa forma, se estabelece a mecanização da educação, tornando-se um processo infértil e pouco criativo, cabendo aos educandos, apenas memorizar o conteúdo transmitido, sem realizar questionamentos, muito menos posicionamentos. Esta forma de educar inibe a possibilidade de reflexão e a possibilidade de se pensar criticamente a realidade, assim, anulando o processo de pensamento e possibilidades de inovação. Na medida em que a visão bancária interfere anulando ou minimizando o potencial criador dos educandos, estimula sua ingenuidade e não sua criticidade. Neste processo de formação, os homens tornam-se seres passivos e cabe à educação apassivá-los ainda mais e adaptá-los ao mundo. A educação que ocorre por meio da transmissão de conteúdos tende a sufocar o poder criador não só do educando, mas também do educador, na medida em que este se transforma num ser impositivo, ou seja, num doador de fórmulas e comunicados, recebidos passivamente pelos educandos(5). Este modo de educar, baseado na doação, torna o processo de ensino-aprendizagem pouco criativo e instigante para os atores principais deste processo, distanciando ainda mais, o educador e o educando. Os pressupostos metodológicos dessa abordagem indicam que a prática bancária, quando adotada pelos docentes tende a tornar o educando um ser domesticado, limitado e com dificuldades de se inserir no mundo. No cenário atual, estamos enfrentando o esgotamento dos modelos econômicos neoliberais onde os contornos dos poderes estabelecidos começam a sofrer alterações e a globalização impulsiona a reorganização do trabalho. Frente a essa problemática faz-se presente a necessidade de determinar o papel da formação profissional do enfermeiro como sujeitos politizados, coerentes, empreendedores, capazes de refletir, criticar e construir novos rumos, bem como

interessados em melhorar a saúde, independente das dificuldades que possa enfrentar em seu processo de trabalho. A cada dia, docentes buscam se distanciar desta prática impositiva e reafirmar a educação como prática de liberdade e democratização, mas para isso é preciso estar aberto ao diálogo, à crítica, a avaliação do educando e a sua própria autoavaliação. Sabe-se que se trata de um desafio, já que vários destes educadores foram formados pelo modelo bancário, podendo estar mais suscetíveis a replicá-lo. Com o intuito de superar o modelo de educação bancária emerge a educação libertadora, também denominada de problematizadora, na qual se refuta o ato de transmitir conhecimentos e valores aos educandos, como se estes fossem meros pacientes, nesta proposta a educação é um ato cognoscente[5] e expressa-se pela participação ativa do educando em seu processo de ensino-aprendizagem, no qual tanto educador quanto o educando aprendem e constroem juntos o conhecimento. A educação libertadora busca romper com as hierarquias e esquemas verticais apoiados pela educação bancária, em que existe o distanciamento entre educador e educando. Deste modo, o educador não somente educa, mas enquanto educa é educado por meio do estabelecimento do diálogo com o educando que, por sua vez, ao ser educado também educa. Ambos encurtam distâncias, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos[5]. Esta aproximação entre docente e discente, facilita a troca de saberes e a apropriação do objeto que está sendo desvelado, cria oportunidades de refletir situações, a partir do contexto dos sujeitos. O educador libertador tem como responsabilidade reforçar a criticidade do educando, sua curiosidade e insubmissão. Para que isso se torne realidade é necessário educadores e educandos criadores, instigadores, humildes e persistentes. Uma das ações importantes desta prática educativa é propiciar condições para que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ensaiam a experiência profunda de assumir-se, como ser histórico, social, esperançoso, capaz de comunicar-se, um ser capaz de promover transformação[8]. Sabe-se que não se trata de uma tarefa fácil, por este motivo, depende do empenho do educador em aderir a esta proposta e colocá-la em prática em seu cotidiano, bem como sensibilizar o educando quanto às práticas pedagógicas que permeiam o processo de formação e as vantagens de uma educação libertadora. Todavia, enfatiza-se que o educador deve estar atento para o fato de que a transformação não se resume na escolha e utilização de métodos e técnicas, pois se a educação libertadora fosse apenas uma questão de métodos, então a solução do problema seria substituir algumas metodologias tradicionais por outras mais modernas. Contudo, a questão principal é o estabelecimento de uma relação diferente com o conhecimento e com a sociedade[9], uma relação baseada, não pela imposição, e sim pelo respeito. Dentro desta proposta, na qual o diálogo permeia a educação, a fim de que esta seja uma prática para a liberdade, torna-se essencial que o educador, nos tempos atuais se questione: como é possível transformar-se em um educador dialógico? Frente ao exposto, o educador pode aderir-se a algumas condutas, como autoritária, democrática e *laissez-faire*, no entanto, é imprescindível que o mesmo encontre um meio termo em sua conduta, para que não haja excessos de autoridade e nem de liberdade[9]. Desta forma, convém aos educadores dialógicos direcionar a prática

educativa, contando com a participação ativa dos educandos. Para que isso aconteça, deve-se ter em mente que o docente é sempre diferente dos discentes, mesmo quando busca estabelecer relações democráticas em sala de aula e que ele não se constitui como profissional reflexivo sozinho, mas em interação com outras pessoas de seu convívio escolar e de outros lugares. Refere-se a uma maneira de compreender o papel de líder que o docente também precisa desempenhar, pois ele não se difere apenas por sua formação, mas também porque lidera um processo de transformação que não ocorreria por si só. Trata-se de uma combinação única da capacidade de tratar problemas heterogêneos e variáveis, separar o essencial do secundário, incorporar componentes culturais e éticos, saber ouvir e partilhar, tomando decisões no tempo adequado. Enfatiza-se que o educador libertador lidera o processo de transformação, a partir de uma metodologia de ensino que abre possibilidades para a participação, para o diálogo, para erros e acertos. Dessa forma, cave destacar que a formação de enfermeiros-líderes dependerá dos estilos de liderança adotados pelos docentes, já que estes sendo líderes passarão a ser fontes de inspiração na formação dos novos líderes. Mas aqui reside uma nova questão, como o educador dialógico poderá formar enfermeiros-líderes? Sabe-se que não existe fórmula pronta para que isso ocorra. Contudo alguns aspectos precisam ser levados em consideração, a fim de oportunizar a ascensão dos graduandos à liderança. Dentre eles, destaca-se: a emancipação e autonomia dos acadêmicos, durante seu processo de ensino-aprendizagem, o que irá se deflagrar durante a prática profissional. Neste sentido, é importante ressaltar que a formação por meio da prática reflexiva tem como objetivo principal buscar a consolidação da autonomia profissional. Torna-se importante reforçar que os enfermeiros necessitam de preparo para assumir a função de líder, sendo esta é uma condição básica para promover transformações em seu ambiente de trabalho, com o intuito de garantir a qualidade da assistência disponibilizada ao paciente e conciliar as metas institucionais com as necessidades da equipe de enfermagem[10]. Dessa forma, torna-se de extrema importância a identificação das diferenças do líder dialógico, do autoritarismo, que em pouco ou nada contribui na construção de relações de trabalho e alcance de objetivos comuns entre os grupos. Para tanto, é atribuído ao docente uma imensa responsabilidade perante a formação de novos profissionais, sendo indispensável investir na autonomia dos educandos, enquanto atores sociais, por meio da utilização de métodos de ensino-aprendizagem que proporcionam um pensar crítico e a tomada de consciência, que provém da problematização da realidade, para que os mesmos possam exercer suas atividades com maior preparo, confiança e respeito. Para tanto, é atribuído ao docente uma imensa responsabilidade perante a formação de novos profissionais, sendo indispensável investir na autonomia dos educandos, enquanto atores sociais, por meio da utilização de métodos de ensino-aprendizagem que proporcionam um pensar crítico e a tomada de consciência, que provém da problematização da realidade, para que os mesmos possam exercer suas atividades com maior preparo e confiança. Tomando como base o ensino da enfermagem, pode-se dizer que o docente não possui a capacidade de conscientizar os acadêmicos, mas pode despertar em seu interior o

potencial adormecido para analisar os objetos cognoscíveis com uma visão crítica, bem como ascender seu poder de transformação, partindo de sua atuação e avaliação do contexto, no qual está inserido. A autonomia está diretamente relacionada ao ato de decidir. Por isso, é decidindo que se aprende a decidir, porque ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia refere-se a um processo de amadurecimento, sendo assim, não ocorre com data marcada, vai se construindo a partir de experiências adquiridas devido às decisões que vão sendo tomadas. Portanto, uma educação que está preocupada em fomentar a autonomia tem de estar focada em experiências produtivas que impulsionam nos educandos a liberdade de fazer escolhas com base na responsabilidade[8]. A autonomia é a base para a construção de uma liderança pautada no diálogo, devendo ser exercitada diariamente e ao longo da formação.

**CONCLUSÕES**

Este estudo, com base na perspectiva freireana, busca refletir sobre a liderança de forma singular. Compreende-se com as discussões tecidas a partir da literatura que o enfermeiro-líder deve ser capaz de influenciar seus colaboradores na obtenção de objetivos, relacionados ao cuidado prestado a indivíduos, famílias e comunidade, por meio de relações dialógicas no seu ambiente de trabalho, do ouvir autêntico e do respeito e ética profissional. Desse modo, o processo de ensino-aprendizagem desses sujeitos deve fomentar alguns aspectos centrais, entre eles o diálogo e empatia. Percebe-se que para possuir essas habilidades, o graduando, precisa estar exposto a uma educação que promova sua autonomia e sua capacidade de tomar decisões. Precisa ser levado ao processo de reflexão coletiva que não atue somente sobre as práticas individuais e tecnicistas, mas que interfira nas estruturas institucionais em que essas práticas estão inseridas e são construídas no cotidiano. Processo reflexivo este desenvolvido através de um processo participativo e contínuo permeado por discussões que abranjam os cenários de saúde, analisando como está o desenvolvimento de suas ações, quais os seus objetivos, o que tem favorecido o processo de saúde, o que tem prejudicado, o que precisa ser revisto ou que alterações são necessárias para os ajustes diante dos desafios enfrentados. Uma educação que busque romper as disparidades sociais, econômicas, culturais, dentre tantas outras, é necessária. Educação, que além de despertar no educando, independente de sua realidade, um olhar crítico e o potencial para intervir no mundo, o torne consciente de seu poder de transformação, ou seja, uma educação libertadora, baseada no diálogo.

Á**REA TEMÁTICA:** Educação.

**REFERÊNCIAS**

1. Amestoy SC. Liderança dialógica: perspectivas na formação de enfermeiros-líderes. 2012. [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-UFSC; 2012.

2. Ávila VC, Amestoy SC, Porto AR, Thofehrn MB, Trindade LL, Figueira AB. Visão dos docentes de enfermagem sobre a formação de enfermeiros-líderes. Cogitare enferm. 2012; 17(4):621-7.

3. Amestoy SC, Backes VMS, Trindade LL, Canever BP. Produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46 (1):227-33.

4. Menegaz JC, Backes VMS, Amestoy SC. Formação política para o fortalecimento de liderança em enfermagem: um relato de experiência. Enferm Foco 2012; 3(4):190-193.

5. Freire P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2005.

6. Amestoy SC, Cestari ME, Thofehrn MB, Milbrath VM, Trindade LL, Backes VMS. Processo de formação de enfermeiros líderes. Rev. Bras Enferm. 2010; 63(6):940-5.

7. Fávero O. O legado de Paulo Freire: passado ou atualidade? Revista de Educação de Jovens e Adultos. 2007;1(0):1-108.

8. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo (SP): Paz e Terra; 1996.

9. Freire P, Shor I. Medo e ousadia: o cotidiano do professor. São Paulo (SP): Paz e Terra; 2011.

10. Cardoso MLAP, Ramos LH, D'Innocenzo M. Liderança Coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(3):730-7.

# O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE BIOSSEGURANÇA: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

# KNOWLEDGE OF NURSING TEAM ABOUT BIO-SECURITY: A BIBLIOGRAPHIC RESEARCH

# CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA ACERCA BIO-SECURIDAD: UNA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Neves, Aline Tatsch[1]
Machado, Bruna Parnov[2]
Vargas, Daiane de Oliveira[3]
Pereira, Carine Fossá[4]

1 Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA – Santa Maria, RS, Brasil. Membro do grupo de pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade – PEFAS/UFSM. E-mail: alinetneves@gmail.com
2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora da disciplina Metodologia da Pesquisa da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA).
3 Acadêmica de Enfermagem - 7º semestre - da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA – Santa Maria, RS, Brasil.
4 Acadêmica do curso de Enfermagem - 7º semestre - da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA – Santa
Maria, RS, Brasil..
5 Acadêmica do curso de Enfermagem – 7º semestre - da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA – Santa
Maria, RS, Brasil. Membro do grupo de pesquisa cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade – PEFAS/UFSM.

## RESUMO

A biossegurança tem como objetivo principal dotar os profissionais e as instituições de ferramentas que visem desenvolver as atividades com um grau de segurança adequado para o profissional e paciente. Este trabalho objetivou identificar artigos acadêmicos nacionais referentes ao conhecimento da equipe de enfermagem frente à biossegurança e suas implicações no cotidiano de trabalho. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão narrativa desenvolvida na base de dados LILACS em maio de 2013. Selecionamos 04 artigos para análise. Os artigos abordam a importância dos conhecimentos de biossegurança para a equipe de enfermagem. O uso de EPI vem para somar esforços junto com os profissionais de saúde, propiciando a sua proteção e de seus pacientes, por isso a importância de seu uso correto e eficaz.

**Descritores:** Exposição a Agentes Biológicos, Enfermagem do Trabalho.

**ABSTRACT**
Biosecurity's main objective is to provide practitioners and institutions of tools designed to develop activities with a level of security appropriate to the professional and patient. This study aimed to identify national academic articles related to the knowledge of nursing staff about the biosecurity and its implications in the daily work. This is a bibliographic research developed in the LILACS database in May 2013. 04 articles were selected for analysis The articles discuss the importance of knowledge of biosecurity nursing teams. The use of PPE is to join forces with healthcare professionals, providing their protection and their patients, so the importance of their correct use and effective**.**

**Keywords:** Exposure to Biological Agents, Occupational Health Nursing.

**RESUMEN**
El objetivo principal de bioseguridad es proporcionar a los profesionales y las instituciones de herramientas diseñadas para desarrollar las actividades con un nivel de seguridad adecuado para el profesional y el paciente. Identificar artículos académicos nacionales relacionados com el conocimiento del personal de enfermería a través de la bioseguridad y sus implicaciones em el trabajo diario. Se trata de una revisión de la literatura de tipo narrativo desarrollado en la base de datos LILACS en mayo de 2013. Fueron seleccionados 04 artículos para el análisis. Los artículos discuten la importancia del conocimiento de los equipos de enfermería de bioseguridad. El uso de PPE es unir fuerzas con los profesionales sanitarios, siempre que su protección y sus pacientes, por lo que la importancia de su uso correcto y eficaz.

**Palabras clave:** Exposición a Agentes Biológicos, Enfermería del Trabajo.

## INTRODUÇÃO

Em 19 de fevereiro de 2002, a Comissão de Biossegurança em Saúde (CBS), foi instituída no âmbito do Ministério da Saúde (MS) pela Portaria GM/MS n°343, posteriormente revogada e substituída pela Portaria GM/MS n°1.683, de 28 de agosto de 2003. O conceito de biossegurança e sua respectiva aplicação têm como objetivo principal dotar os profissionais e as instituições de ferramentas que visem desenvolver as atividades com um grau de segurança adequado seja para o profissional de saúde, seja para o meio ambiente ou para a comunidade. A biossegurança é um conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços[1]. Têm-se como principais medidas de biossegurança, as seguintes: a lavagem das mãos, a qual é considerada atitude básica das precauções-padrão; uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como: capotes,

gorro, máscara, sapato fechado, dentre outros; uso de técnicas assépticas e as barreiras físicas, designadas também como isolamento de contato e respiratório[2]. Evidencia-se também que a maioria dos trabalhadores de enfermagem, categoria atualmente mais atingida pelos acidentes biológicos, enquadra-se no seguinte perfil: sexo feminino, com dupla ou tripla jornada de trabalho, as quais também renunciam ao convívio familiar e aos bons hábitos de saúde, visto que na percepção desses profissionais, o trabalho é penoso e o ambiente é insalubre, ressaltando, assim, a importância da adoção de medidas de biossegurança no seu cotidiano de trabalho[3]. Na prática, nem todos os profissionais de enfermagem que atuam em ambientes críticos adotam as medidas de biossegurança necessárias a sua proteção durante a assistência que realizam, o que pode ocasionar agravos a sua saúde e a do cliente sob seus cuidados. Contudo, o emprego de práticas seguras e o uso de equipamentos de proteção adequados reduzem significativamente o risco de acidente ocupacional, fazendo-se necessário, também, a conscientização de técnicas assépticas e o estabelecimento de normas de conduta e procedimentos que garantam um atendimento sem risco de contaminação[4]. Assim, dentre as medidas de prevenção adotadas na organização do trabalho na área da saúde, destacam-se as Precauções Padrão, que devem ser utilizadas pelos profissionais de saúde no cuidado a todo paciente; manuseio de artigos contaminados; contato com materiais biológico e mucosas. A utilização de barreiras protetoras como luvas, máscaras, aventais impermeáveis e óculos com protetores laterais estão entre as recomendações elencadas pelas Precauções Padrão. Logo, são fundamentais medidas que propiciem segurança aos trabalhadores sob condições normais ou de emergência, e por isso estudos que tenham como objetivos o conhecimento dos riscos ocupacionais e do uso de equipamentos de proteção individual pelos trabalhadores de enfermagem contribuindo para a prevenção de acidentes e para a melhoria do ambiente de trabalho. Assim questionou-se: O que tem sido produzido sobre o conhecimento da equipe de enfermagem frente à biossegurança e suas implicações no cotidiano de trabalho? O presente estudo aborda a importância dos conhecimentos de biossegurança nas equipes de enfermagem, tornando assim primordial o uso de medidas de prevenção corretas e a educação continuada, na qual tem por finalidade evitar os acidentes de trabalho entre os profissionais da área de enfermagem. Este estudo é de grande valia, pois permitiu analisar os conhecimentos da equipe de enfermagem acerca das Precauções Padrão de Biossegurança, identificando os tipos de EPIs utilizado pelos profissionais e se estes são adequados as Normas de Precauções Padrão de Biossegurança recomendadas pelo Ministério da Saúde, contribuindo de certa forma, na conscientização da equipe sobre a segurança individual, bem como propor medidas que diminuam os indicadores de adoecimento decorrentes de agravos relacionados.

**OBJETIVO** Identificar artigos acadêmicos nacionais referentes ao conhecimento das equipes de enfermagem frente à biossegurança e suas implicações no serviço.

**MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão narrativa com abordagem descritiva dos resultados. Os artigos científicos foram escolhidos a partir da base de dados LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde), com o uso dos descritores: biossegurança e enfermagem em saúde do trabalhador.A seleção dos artigos teve como critérios de inclusão: publicações sobre a temática, incluindo artigos, manuais e relatórios, disponíveis *online* e no idioma português, com recorte temporal que abrange o período de 2009 a 2013. Sendo excluídos da pesquisa: teses e dissertações, publicações com resumos incompletos e/ou não disponíveis *online.* A coleta de dados ocorreu no período de maio e junho de 2013 no banco de dados do LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde). Foram encontrados como resultados 09 artigos, após a leitura criteriosa dos resumos e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 06 artigos para análise. Primeiramente foi realizada a leitura criteriosa de todos os artigos encontrados na íntegra, dos quais foram extraídas as informações referentes ao objeto de estudo. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão foi feita a organização dos dados coletados, através de um quadro analítico sinóptico.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO** Constatou-se que os artigos advêm das regiões centro-oeste e sudeste do Brasil, sendo todos elaborados e escritos por enfermeiros, com um ápice de produção concentrados entre o os anos de 2009 a 2010. Todas as publicações incluídas nessa pesquisa foram publicadas na Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), sendo 03 pesquisas de campo e uma pesquisa bibliográfica.

| CÓDIGO | AUTORES/ANO | TIPO DE PESQUISA | SUJEITOS DA PESQUISA | OBJETIVOS |
|---|---|---|---|---|
| A1 | André Nunes Gomes de Almeida, Anaclara Ferreira Veiga Tipple, Adenícia Custodio Silva e Souza, Marislei Espíndula Brasileiro, 2009. | Revisão bibliográfica. | Analisou as publicações acerca de biossegurança nos periódicos de enfermagem existentes no Brasil com limitação temporal de 1998 a 2005. | Mostrar um panorama das publicações sobre o risco biológico desenvolvidas no país. Com o foco em epidemiologia dos acidentes com material biológico, identificação do risco biológico e medidas preventivas. |
| A2 | Sandra Solange de Moraes Alves, Joanir Pereira Passos, Florence Romijin Tocantins, 2009. | Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa. | Teve como cenário o Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF) da Secretaria Municipal do Rio | Identificar o potencial de risco para acidentes c om material perfuro cortante em trabalhadores de |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | de Janeiro no período de julho a Setembro de 2005. Os sujeitos da pesquisa foram 33 trabalhadores da equipe de enfermagem, sendo cinco enfermeiros, 10 técnicos e 18 auxiliares de enfermagem. | enfermagem e analisar a influência das normas de biossegurança no conhecimento e no comportamento desses trabalhadores em sua prática assistencial. |
| A3 | Ana Carolina Gomes, Lívia Loureiro Argy, Silmara Elaine Malaguti, Silvia Rita Marin da Silva Canini, Elaine Drehmer de Almeida Cruz, Elucir Gir, 2009. | Trata-se de um estudo descritivo exploratório, mediante análise documental, cujos dados foram coletados no período de julho a dezembro de 2006. | Foram analisados 56 prontuários de profissionais da equipe de enfermagem, sendo enfermeiros e auxiliares de enfermagem. | Avaliar a ocorrência de acidentes com material biológico entre profissionais de enfermagem de um hospital de ensino de grande porte. |
| A4 | Heliny Carneiro Cunha Neves, Adenícia Custódia Silva e Souza, Jackeline Maciel Barbosa, Luana Cássia Miranda Ribeiro, Anaclara Ferreira Veiga Tipple, Sergiane Bisinoto Alves, Karina Suzuki, 2010. | Estudo quantitativo, transversal, descritivo. Realizado junto Aos trabalhadores dos serviços de endoscopia do Município de Goiânia-GO, no período de junho a agosto de 2007. | Estabelecimentos de saúde que realizavam endoscopia digestiva alta. Vinte estabelecimentos aceitaram participar da pesquisa sendo 16 privados e 4 públicos. | Verificar a adesão dos profissionais ao uso de equipamentos de proteção individual na realização do exame de endoscopia e no reprocessamento do endoscópio. |
| A5 | Rafaela Thaís Colombo Canallil, Tokico Murakawa, Miyeko Hayahida, 2011. | Trata-se de um estudo descritivo, epidemiológico, com abordagem quantitativa. | Um questionário autoaplicável foi respondido por 355 estudantes de enfermagem de três instituições de ensino superior do interior paulista, em 2007. | Buscou investigar situação vacinal, recebimento de informações sobre biossegurança, fatores que favorecem a ocorrência de acidentes com material biológico e sugestões para preveni-los. |
| A6 | Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle, Maria Eliete | Pesquisa exploratória. | Realizada com 18 enfermeiros de um | O estudo objetivou conhecer as |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Batista Moura, Beneviva Maria Vilar Teixeira Nunes, Maria do Livramento Fortes Figueiredo, 2012. | | hospital público de Teresina, Piauí, no período de junho a setembro de 2009. | representações sociais da biossegurança elaboradas por enfermeiros e analisar como essas representações influem na prática e na qualidade da assistência de enfermagem em áreas críticas. |

**Quadro 1 – Publicações selecionadas na LILACS no período de 2009-2013. Santa Maria, 2013.**

O artigo A1 apresenta informações importantes na área da biossegurança, por se tratar de um levantamento realizado nas produções acadêmicas com essa temática. Neste estudo foi constatado que as produções dessa área concentram-se na região sudeste do Brasil, quanto à formação os enfermeiros aparecem com o maior número entre os autores, seguidos dos graduandos, doutores e mestres. A maioria dos estudos discute aspectos epidemiológicos dos acidentes com materiais biológicos sendo que na equipe de enfermagem os auxiliares aparecem como a categoria mais envolvida nos acidentes. Verifica-se que os pesquisadores tem a preocupação nesses últimos anos em identificar o grupo, locais e atividades que estão envolvidas nos acidentes com material biológico. Ainda é preciso destacar que o acidente com material biológico é considerado com agravo de notificação compulsória. As publicações que tiveram como tema central a adesão às medidas preventivas mostram que os fatores condicionantes para não adesão foi: desconhecimento dos profissionais quanto ao risco de adquirir uma doença infecto contagiosa, indisponibilidade de equipamentos ou subestimação dos riscos. De acordo com a legislação vigente, NR32, os EPI, descartáveis ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição. O trabalhador deve receber capacitação quanto ao risco biológico e sobre a utilização de EPI e vestimenta de trabalho[5]. Apesar de mais de uma década da publicação das normas de precauções padrão, a questão da adesão tem sido um desafio. Os motivos que levam os trabalhadores a colocarem sua saúde e a de outros profissionais em risco, quando negligenciam o correto, deve ser tema de interesse em pesquisas[6]. Os artigos A2, A3, A4, A5 e A6 que são pesquisas de campo, vêm para fundamentar as conclusões do artigo A1, pois foi provado nessas pesquisas que a profissão enfermagem é sim de alto risco de contaminação quando as medidas de prevenção não são utilizadas corretamente ou apenas não são utilizadas como vimos. Os profissionais estudados nessas pesquisas, em sua maioria, fazem referência à falta de esclarecimento sobre biossegurança, condições inadequadas de trabalho, sobrecarga de trabalho, o risco de se acidentar a qualquer momento, fazendo com que a grande maioria

considere a enfermagem como profissão de alto risco. Os laboratórios, indústrias, hospitais e instituições de ensino, quando não administrados de modo adequado, apresentando instalações precárias, improvisadas adaptadas, com corpo técnico formado por profissionais sem treinamento, desmotivado, podem ser considerados como ambiente de alto risco, expondo à equipe, o paciente, a instituição e a si próprio a qualquer tipo de risco[7]. Para que haja uma ampla proteção tanto para o profissional quanto para o paciente, os trabalhadores de saúde devem aderir às práticas recomendadas para propiciar um trabalho seguro no ambiente dessas unidades e seguir as recomendações padronizadas para o controle de infecção[8].

## CONCLUSÃO

O uso de EPI vem para somar esforços junto com os profissionais de saúde, propiciando a sua proteção e de seus pacientes, por isso a importância de seu uso correto e eficaz para que a rede de cuidado seja eficaz e segura para ambos. Os profissionais devem compartilhar experiências e responsabilidades para com o uso de EPI, e se for o caso cobrar do colega e instituição a disponibilidade e o treinamento técnico. Cabe aos serviços oferecerem estrutura e condições adequadas para os diversos aspectos de segurança no ambiente de trabalho, enquanto que os profissionais devem assumir o compromisso ético com a qualidade e estarem cientes reconhecendo o risco presente no seu ambiente de trabalho. A capacitação e a educação continuada nos serviços é uma boa maneira de se chegar ao objetivo principal que é o uso eficaz do EPI em todos os profissionais. Dessa forma faz-se necessário que os profissionais conheçam os fatores determinantes das situações de risco, com vistas a implementar efetivas medidas preventivas e outras intervenções de biossegurança.

**ÁREA TEMÁTICA:** Segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Sampaio MI. Segurança e controle de infecção. Rio de janeiro: Richmann & Affonso Editores, 2000.

2. Souza MT. A saúde do trabalhador do SUS. Rev. Saúde Coletiva, São Paulo, v. 7, n.41, p.134, jun/jul, 2010.

3. Mauro, Y C. Riscos Ocupacionais em Saúde. Rev. De Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, 2004.

4. Valle, ARM da C, Moura, M E B, Nunes, B M V T, Figueiredo, M do L F. A Biossegurança Sob O Olhar De Enfermeiros. Rev. Enferm. UERI, Rio de Janeiro, 2012 jul/set; p.361

5. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº485 de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 que dispõe sobre a segurança e saúde no trabalho em estabelecimento de saúde. Brasília (DF). [online] 2005 [acessado em 2013 mai 07]; Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/avalia/saude_do_trabalhador_portaria_485_aprova_N R32.pdf

6. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Health care infection control practices advisory committee. Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. Am J Infect Control. 2007; 35 (10 suppl 2): S65-164.

7. Valle S, Telles JL. Bioética e biorrisco: abordagem transdisciplinar. Rio de Janeiro: Interciência; 2003.

8. Akyuz N, Ozbas A, Çavdar I. Safety of personnel Working in endoscopy units. AORN Journal. 2007; 85 (1): 181-7.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO NARRATIVA

# NURSING AND PATIENT SAFETY IN INTENSIVE CARE: NARRATIVE REVIEW

# ENFERMERÍA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS: REVISIÓN NARRATIVA

ARBOIT, Éder Luís[1]
CAMPONOGRARA, Silviamar[2]
SILVA, Luiz Anildo Anacleto da[3]

1 Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGenf- UFSM, Especialista em Educação Profissional na área da Saúde: enfermagem, Saúde Coletiva e da Família; Terapia Intensiva e Gestão Hospitalar. E-mail: eder.arb@bol.com.br
2 Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br.
3 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem PEN/UFSC. Docente do Centro de Educação Superior Norte - Universidade Federal de Santa Maria. luiz.anildo@yahoo.com.br

**RESUMO:** este estudo objetivou conhecer o que tem sido produzido nos programas de pós-graduação *stricto senso* sobre a ocorrência de eventos adversos na prática laboral de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. O levantamento bibliográfico foi realizado em maio de 2012, no banco de Teses e Dissertações do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES). Para a busca dos documentos, utilizou-se os termos "enfermagem e segurança do paciente em terapia intensiva" no campo "assunto". Não foi estabelecido recorte temporal. Após a leitura e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão selecionou-se 23 dissertações e duas teses. A leitura mostra que ocorrência de eventos adversos em terapia intensiva é multicausal, e a distribuição dos temas abordados nos documentos analisados está assim distribuída: eventos adversos relacionados à terapia medicamentosa 40%, segurança do paciente em terapia intensiva 28%, dimensionamento de pessoal, carga de trabalho e qualidade da assistência com 12%, ventilação mecânica 12%, úlcera por pressão, complicações relacionadas ao uso do cateter venoso, auditoria, necessidades de familiares e processo de enfermagem somam 4% em cada um deles. Conclui-se que a segurança do paciente em terapia intensiva é uma preocupação importante dos enfermeiros nos

programas de pós-graduação stricto senso visando à melhoria constante da segurança na prática profissional e na prestação de cuidado qualificado.
**DESCRITORES:** Enfermagem; Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva.

**ABSTRACT:** this study aimed to know what has been produced in graduate programs in the strict sense of the occurrence of adverse events in labor practice nursing in intensive care units. This is a narrative review of the literature. The literature review was conducted in May 2012, on the bank of Theses and Dissertations Portal Coordination of Improvement of Personnel of Superior Level (CAPES). To search for the documents, we used the terms "nursing and patient safety in intensive care" in the "subject". No time frame has been established. After reading and applying the inclusion and exclusion criteria we selected 23 papers and two theses. The reading shows that adverse events in intensive care is multifactorial, and the distribution of the topics covered in the documents analyzed is distributed as follows: adverse events related to drug therapy 40%, patient safety in intensive care 28%, staff sizing, load work and quality of care with 12%, 12% mechanical ventilation, pressure ulcers, complications related to the venous catheter, auditing, family needs and nursing process up 4% in each of them. We conclude that patient safety in intensive care is a major concern of nurses in graduate programs strict sense aiming at improvement of safety in professional practice and the provision of skilled care.

**DESCRIPTORES:** Nursing; Patient Safety; Intensive Care Units.

**RESUMEN:** este estudio tuvo como objetivo conocer lo que se ha producido en los programas de postgrado en el sentido estricto de la ocurrencia de eventos adversos en el trabajo de enfermería práctica en unidades de cuidados intensivos. Esta es una revisión narrativa de la literatura. La revisión de la literatura se realizó en mayo de 2012, en la orilla de Tesis y Disertaciones Portal de Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (CAPES). Para buscar los documentos, hemos utilizado los términos "enfermería y la seguridad del paciente en cuidados intensivos" en el "asunto". No hay plazo de tiempo se ha establecido. Después de leer y aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 23 artículos y dos tesis. La lectura muestra que los eventos adversos en la atención intensiva es multifactorial, y la distribución de los temas tratados en los documentos analizados se distribuyen de la siguiente manera: Los eventos adversos relacionados con el tratamiento farmacológico 40%, seguridad del paciente en cuidados intensivos 28%, personal de tamaño, carga trabajo y la calidad de la atención, con 12%, 12% ventilación mecánica, úlceras por presión, las complicaciones relacionadas con el catéter venoso, la auditoría, las necesidades de la familia y el proceso de un 4% de enfermería en cada uno de ellos. Legamos a la conclusión de que la seguridad del paciente en cuidados intensivos es una de las principales preocupaciones de las enfermeras en los

programas de postgrado stricto sensu con el objetivo de mejorar la seguridad en la práctica profesional y la prestación de atención especializada.

**DESCRIPTORES:** Enfermería, Seguridad del Paciente, las Unidades de Cuidados Intensivos.

## INTRODUÇÃO

Com a evolução da enfermagem como ciência e prática social e, principalmente na academia, esta profissão a enfermagem passou a assumir papéis de relevância também na pesquisa e na extensão. A segurança do paciente é um tema desafiador no contexto da saúde e na atualidade tem gerado debates no âmbito mundial constituindo-se em um dos principais parâmetros para a qualificação da assistência de enfermagem[1]. A redução/minimização de riscos é um dos mais sérios desafios da enfermagem, para tanto, cada vez mais são necessários profissionais adequadamente capacitados para proporcionar cuidados de enfermagem qualificados, visando a resolutividade das ações relativas à promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção e tratamento de agravos à saúde dos usuários. Os cuidados de enfermagem que não correspondem aos constructos teóricos e às práticas estabelecidas e reconhecidas como seguras são consideradas 'ações inadequadas', que representam maiores 'riscos' aos trabalhadores e, em especial, aos usuários. Essas práticas vêm sendo nominadas de diferentes formas: eventos adversos ou iatrogênicos, erros de enfermagem, ocorrências, reações, complicações iatrogênicas, iatrogenias, doença iatrogênica e falhas. Entretanto, independente das definições, esses são eventos indesejáveis, não intencionais, de natureza danosa ou prejudicial ao usuário, comprometendo sua segurança, sendo consequente, ou não, de falha do profissional envolvido[2]. Os eventos adversos são classificados como "com e sem danos" podendo ser oriundos de diferentes situações, contudo, a sistematização da assistência de enfermagem, na sua plenitude, constitui-se na principal estratégia de minimização dos mesmos. Isso se justifica em razão de que o planejamento de cuidados engloba diferentes fases e ações, que permitem sistematiza-los de acordo com as necessidades dos usuários, principalmente em situações que demandam cuidados mais específicos. Esses podem gerar consequências de grande extensão, para usuários, profissionais e instituições de saúde. Dentre as consequências ao paciente pode-se elencar: deformidades físicas, maior tempo de internação, prejuízos de caráter socioeconômico, social, psicológico e, até mesmo, o óbito. Para os profissionais elas podem gerar consequências de ordem emocional, éticas e jurídicas. Para as instituições de saúde, pode acarretar em maiores custos relacionados ao tratamento de tais complicações, imagem institucional desfavorável, situações relacionadas processos judiciais, maior nível de estresse e ansiedade dos funcionários e demais colaboradores. Esta temática merece atenção especial, ainda mais quando se trata de Unidades de Terapia Intensiva, pois são consideradas importantes por oferecer suporte especializado de assistência à saúde, envolvendo o uso de recursos tecnológicos e

terapêuticos de ponta. Estas unidades devem dispor de espaço apropriado e suporte tecnológico avançado para as intervenções médicas de difícil execução em enfermarias comuns, como ventiladores mecânicos, monitores cardíacos, utilização de drogas vasopressoras e bloqueadores neuromusculares[3]. Os enfermeiros em geral e, em especial os intensivistas, exercem grande influência na segurança do paciente e devem desenvolver forte liderança na prevenção de erros e na melhoria dos resultados assistenciais[4]. Um fator importante a se destacar está relacionado à cultura institucional de punição. Em muitas instituições de saúde, ainda predomina a cultura punitiva ao se detectar algum evento adverso. Em consequência, os profissionais podem sentir-se acuados e com medo de represálias e acabam por omitir possíveis situações de ocorrência desses eventos, o que acarreta em subnotificação dos mesmos. Seria prudente substituir esta lógica por uma cultura de segurança do paciente estimulando os profissionais a verbalizar suas dificuldades e capacitando-os para a prevenção de erros e em consequência minimizando riscos ao paciente em decorrência de procedimentos relacionados à assistência[4]. Nessa perspectiva, a instrumentalização dos profissionais, o fornecimento de materiais, medicamentos e equipamentos em quantidade satisfatória, a adequação da estrutura física e dos processos de trabalho, associado a uma cultura institucional de segurança podem ser apontados como parâmetros importantes na redução desses eventos. Somado a isso, a compreensão de estratégias para prevenção da ocorrência destes eventos, por meio da produção de conhecimento científico, pode constituir-se em importante forma de controle e redução de tais eventos, o que, em consequência pode contribuir na qualificação da assistência de enfermagem e na avaliação dos serviços prestados por essa categoria profissional. Justifica-se o presente estudo justifica-se pela necessidade de sistematização de produções oriundas dos programas de pós-graduação *stricto senso,* sobre a ocorrência de eventos adversos na prática laboral de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Assim sendo, poder-se-á dar visibilidade ao que está sendo produzido e publicado sobre a temática discorrendo sobre as características dessa produção, evidenciando lacunas que podem ainda ser preenchidas e, quem sabe, subsidiando os profissionais de saúde, dentre esses os enfermeiros, em suas intervenções junto aos usuários e sua família. Diante da problemática exposta, considera-se pertinente inserir a seguinte questão de pesquisa: "O que tem sido produzido nos programas de pós-graduação *stricto senso* sobre a ocorrência de eventos adversos na prática laboral de enfermagem em unidades de terapia intensiva"? O estudo ora proposto tem como objetivo conhecer o que tem sido produzido nos programas de pós-graduação *stricto senso* sobre a ocorrência de eventos adversos na prática laboral de enfermagem em unidades de terapia intensiva.

## MATERIAL E MÉTODO

Estudo qualitativo, descritivo realizado através de uma revisão narrativa da literatura, visto que ela possibilita a aquisição e atualização de conhecimento sobre um determinado tema em curto período de tempo[5]. Uma vez que a revisão narrativa não se orienta por passos

metodológicos específicos, a operacionalização desta revisão seguiu, em parte, os passos preconizados para uma revisão integrativa. Primeiramente foi realizada a identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; análise dos dados e discussão dos resultados[6]. O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de maio de 2012, no banco de Teses e Dissertações do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES). Para esse levantamento, utilizou-se os termos "enfermagem e segurança do paciente em terapia intensiva" no campo "assunto". Não foi estabelecido recorte temporal para a busca dos documentos/publicações. Foram selecionados na busca 32 documentos, sendo eles 28 dissertações e quatro teses. Como ferramenta para a coleta das informações nos documentos selecionados utilizou-se de um quadro sinóptico com as seguintes variáveis: número do documento ex: (1/32), autor, título, tipologia e abordagem do estudo, população estudada, ano, universidade, estado e região em que o estudo foi elaborado. A análise dessas variáveis baseou-se nos elementos pré-textuais dos documentos selecionados, ou seja, título, autoria, resumo, palavras-chave e/ou descritores. Os critérios de inclusão elencados para a seleção das publicações para a análise foram: tratar-se de documento original (tese e/ou dissertação); ter resumo completo disponível na base de dados (banco de teses e dissertações do portal CAPES); tratar-se de documento em português, inglês ou espanhol, que se reportasse ao objeto de estudo; documentos disponíveis gratuitamente na íntegra, em formato eletrônico na base de dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura criteriosa dos títulos, resumos, palavras-chave e/ou descritores de todas as publicações, foi possível realizar a organização do conteúdo destes por áreas temáticas tais como: terapia medicamentosa, segurança do paciente no ambiente da terapia intensiva, dimensionamento de pessoal, ventilação, úlcera por pressão, complicações relacionadas ao uso do cateter venoso, auditoria, necessidades de familiares e processo de enfermagem. Assim sendo, 23 dissertações e duas teses foram analisadas. Percebe-se que quanto ao ano de realização dos estudos, 28% foram elaborados em 2011, seguido de 2010 com 20%, o que mostra a relevância e atualidade da temática. O ano de 2007 corresponde a 16%, seguido de 2008 com 12% e 2009 com 8%. Os anos de 1999, 2005 e 2006 totalizam 12% dos estudos. Com relação à universidade, 40% dos estudos foram desenvolvidos na Universidade de São Paulo (USP), seguido da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) com 20%. Os demais estudos foram elaborados em outras universidades das regiões Sul, Sudeste, Centro-oeste e Nordeste. A região Norte não apresentou nenhum estudo desenvolvido nesta temática. A região Sudeste foi responsável por 68% dos estudos, seguido da região Sul com 20% e Centro-Oeste com 8%. Somente 4% dos estudos foram desenvolvidos em mais de uma região. No que se refere à tipologia dos estudos, 32% são caraterizados como sendo de caráter transversal, 20% descritivo-exploratório, 16%

exploratório, 12% descritivos, 8% descritivo – transversal. Os estudos do tipo *survey*, delineamento embutido, somam um total de 8%. Em um estudo não consta a tipologia. Quanto à abordagem, 73% dos estudos são de caráter quantitativo e 24% qualitativos. No quesito população estudada, 44% dos sujeitos são enfermeiros e, 28% dos estudos foram realizados com a equipe de enfermagem. Os médicos e pacientes representam 10% e os familiares 8% em cada grupo respectivamente. A distribuição dos temas abordados nos documentos analisados está assim constituída: eventos adversos relacionados à terapia medicamentosa 40%, segurança do paciente em terapia intensiva 28%, dimensionamento de pessoal, carga de trabalho e qualidade da assistência com 12%, ventilação mecânica 12%, úlcera por pressão, complicações relacionadas ao uso do cateter venoso, auditoria, necessidades de familiares e processo de enfermagem somam 4% em cada um deles. O enfermeiro tem papel fundamental podendo contribuir decisivamente para a implementação de ações com a finalidade de minimizar os riscos e prevenir a ocorrência de eventos adversos, mais do que um objetivo a ser atingido por todos os profissionais da área de saúde, é também um compromisso da própria formação profissional. Na atualidade, os serviços de saúde são considerados ambientes complexos e vulneráveis, fazendo-nos repensar acerca da necessidade de simplificar os processos de trabalho de modo a torná-los mais éticos e seguros, além de promover uma cultura de segurança do paciente e manter a qualidade da assistência. No que se refere à terapia medicamentosa, os resultados de um estudo realizado no ano de 2007 na região Centro-oeste apontam as principais situações facilitadoras do erro com drogas endovenosas o ambiente de preparo ruidoso (68%), não explicar o procedimento ao paciente (64%) e administração de medicamento por ordem verbal (40%). Outro dado importante citado no mesmo estudo está relacionado à fragilidade no armazenamento seletivo e ordenado dos medicamentos, ausência de protocolos para todas as drogas injetáveis. Para as drogas orais foram evidenciado erros relacionados ao armazenamento seletivo e ordenado dos medicamentos, ausência de registro do medicamento administrado e atraso na administração[7]. Em outo estudo desenvolvido no ano de 2011 na região Centro-Oeste, foi observado o preparo e administração de 350 doses de medicamentos de ação nos sistemas cardiovascular e respiratório evidenciando-se uma taxa média de erros de 67,71% (trituração, diluição e misturas). Os erros relacionados à administração dos diferentes tipos de fármacos foram ausência de pausa e manejo indevido do cateter venoso. A taxa média de erros na administração foi de 32,64% sendo a ausência de lavagem do cateter antes foi o erro mais comum e o mais incomum foi não lavar o cateter após a administração[8]. Um estudo de 2010 no estado do RJ aponta como erros importantes na etapa do preparo a ausência de troca de agulhas com taxa de erro de 88,77%, não desinfecção de ampola com 80,27% e limpeza inadequada da bancada onde os medicamentos eram preparados com 77,26%. Também ficou evidenciado neste mesmo estudo erros relacionados ao horário correto de administração com 57,26% e dose errada 6,58%. Ainda encontrou-se uma taxa de erros na conferência dos medicamentos de 96,73%. Os aspectos relacionados a flebites e permeabilidade do vaso não foram observados pela

enfermagem em 87,47% e 86,38%. Os aspectos relacionados a conferência do paciente e hora de administração do medicamento ficou evidenciado taxas de erros em 70,57% e 69,75% respectivamente[1]. Em estudo realizado em 2010 na região Sudeste que avaliou o conhecimento de enfermeiros sobre interações medicamentosas na UTI, evidencia que houve uma relação de acertos e erros praticamente de 50%. Os itens que alcançaram maior número de respostas corretas foram os que abordaram as interações relativas a medicamentos com ação sedativa e analgésica em 86,3%[9]. Para tanto é indispensável o domínio do conhecimento da farmacologia e de conteúdos relacionados aos métodos de administração, ação dos medicamentos, vias de administração, doses, efeitos tóxicos e colaterais. Salienta-se a necessidade de melhorar as práticas de cuidados na utilização de medicamentos e chamar a atenção para a importância de atualização dos profissionais da saúde e em especial a enfermagem a respeito dos medicamentos comumente administrados na UTI. As características dos fármacos frequentemente utilizadas no tratamento dos doentes críticos, ou seja, substâncias vasoativas, anticoagulantes, antibióticos, sedativos, entre outras, são apontadas em vários estudos como predisponentes de ocorrências iatrogênicas em razão do potencial de risco que apresentam[10]. Outro aspecto que merece destaque está relacionado à segurança do paciente em Unidades de terapia Intensiva. Uma pesquisa realizada no ano de 2004, na região Centro-oeste, que avaliou os fatores que contribuem para a formação da intenção comportamental do enfermeiro quanto à higienização das mãos, aponta aspectos importantes à prevenção de infecção, segurança e proteção e, como desvantagens, as consequências negativas para as mãos. No quesito afetividade foi evidenciado que os sujeitos relacionam a higienização das mãos com algo prazeroso, necessário, incômodo e chato[11]. Estudo realizado nas regiões Sul e Sudeste no ano de 2008, com o objetivo de identificar as fontes potenciais dos riscos físicos nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal que podem causar acidentes de trabalho e/ou doenças de caráter profissional, revela a existência de elevado número de fontes riscos físicos de gravidade variável capazes de causar acidentes de trabalho e doenças profissionais e do trabalho na equipe de saúde[12]. Em uma investigação realizada na região Sul em 2011, foi identificado que capacitação e treinamento, melhoria dos processos de trabalho, incluindo-se criação de protocolos, disponibilização de materiais e equipamentos em quantidade e qualidade bem como quantitativo adequado de profissionais, são necessidades prementes evidenciadas em duas UTIs[13]. Espera-se que as instituições de saúde se sensibilizem quanto à necessidade de difundir e promover um conhecimento farmacológico, adequado aos diversos profissionais envolvidos na terapia medicamentosa, tendo em vista que a segurança do paciente deve ser uma prioridade no contexto da saúde. Promover uma cultura de segurança tem se tornado um dos pilares do movimento da segurança do paciente. Nesse sentido, estratégias de avaliação da cultura de segurança têm sido estimuladas visando à mensuração de condições organizacionais que podem levar a eventos adversos e dano ao paciente, profissionais e instituições de saúde[14]. Para diminuir os riscos associados ao trabalho dos profissionais que atuam nessas unidades, é

imprescindível utilizar medidas preventivas durante a assistência das quais destacamos as precauções-padrão e o treinamento em serviço através da educação permanente em saúde. O ambiente hospitalar por si só apresenta inúmeras fontes potenciais de riscos para os pacientes e profissionais que ali exercem suas atividades. Em especial, unidades fechadas como as Unidades de Terapia Intensivas exibem uma variedade de agravos que podem ser danosas, cuja gravidade variará de acordo com as características inerentes e específicas de cada atividade. Um fator importante que foi apresentado nos resultados deste estudo está relacionado ao dimensionamento de pessoal de enfermagem que visa garantir condições de trabalho favoráveis para o cuidado aos pacientes gravemente enfermos, com menor risco à saúde dos trabalhadores e da clientela por eles assistida. No ano de 2008 uma pesquisa realizada na região Sul com o objetivo de analisar o dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidade de terapia intensiva de acordo com a carga de trabalho de enfermagem, evidenciou que há uma falta significativa de profissionais de enfermagem no cenário do estudo, principalmente pelo fato de que neste setor são desenvolvidas atividades complexas e/ou que não são computadas nos métodos de dimensionamento tradicionais[9]. Em um estudo de nível nacional realizado no ano de 2011, aparece relação entre o sub-dimensionamento de trabalhadores da enfermagem e o aumento nas taxas de infecções, mortalidade, quedas, pneumonia associada à ventilação mecânica e extubação acidental. Com o intuito de evitar a ocorrência de eventos adversos, o enfermeiro precisa prever o número de trabalhadores de enfermagem e sua qualificação por categoria profissional, no planejamento, por meio da metodologia do dimensionamento de pessoal de enfermagem[15]. Outro aspecto importante evidenciado refere-se aos cuidados dos pacientes com Ventilação Mecânica (VM) e sua relação com a mecânica respiratória visando o conforto, a adaptação à prótese ventilatória, a segurança, a prevenção de eventos adversos e a manutenção da vida de relação, têm sido um grande desafio para enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Em 2007 uma investigação realizada na região Centro-oeste buscou identificar o tipo e a frequência de cada alarme acionado durante os cuidados de enfermagem com pacientes em terapia intensiva e apresentar as condutas dos enfermeiros praticadas frente ao acionamento dos alarmes ventilatórios. Foi evidenciado que em 46.6% os alarmes foram deflagrados com maior frequência nos cuidados relacionados à aspiração de vias aéreas, seguido de 22,2% nos procedimentos de mudança de decúbito e 17,7% no banho no leito[16]. Pesquisas desenvolvidas na região Sudeste no ano 1999 revelaram que dentre as ocorrências iatrogênicas relacionadas à ventilação mecânica em terapia intensiva, a execução incorreta de procedimentos técnicos foi responsável por 73%, das condutas inadequadas, seguida de 12,5% nas situações de falha técnica dos equipamentos e 9,4% no desempenho inadequado em razão da inexperiência do profissional. Frente às situações encontradas e aos comportamentos negativos constatados obtiveram-se como consequências 24,1% de extubações, 22,8% reintubações, os casos de pioras de condições clínicas somam 18,6% e 7,6%19. Nesse contexto, o enfermeiro desenvolve importante papel. A equipe de enfermagem assiste ao paciente de forma contínua, isto é, a partir do

momento em que é instalada a ventilação mecânica até a reabilitação do mesmo[17]. Outro aspecto que deve ser observado pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente hospitalizado refere à prevenção de úlceras por pressão, pois elas influenciam drasticamente o período de hospitalização com repercussões diretas no desconforto e dor ocasionados aos pacientes acometidos por estas lesões. Devido à gravidade do problema que as UP podem ocasionar as mesmas foram incluídas pela Agency for Health Care Polycy and Research (ACPHR) como um dos indicadores de qualidade da assistência a saúde[18]. No ano de 2010 uma investigação desenvolvida na região Sudeste apontou que os pacientes que tiveram maior frequência de (UPP) eram de alto risco com escores de 10 a 12. Houve predomínio de lesões na região sacral e de estágio II. A maioria desenvolveu-se entre o 2º e o 7º dia de internação e a maior frequência ocorreram nos pacientes com idade 60 anos. Em 100% dos prontuários não havia registro de enfermagem sobre o risco do paciente para UPP[19]. As ações de cuidado devem estar voltadas a educação e conscientização de profissionais, familiares e cuidadores no sentido de estimular a prevenção destas lesões que trazem tantos prejuízos à qualidade de vida dos usuários, pois ele não é somente um corpo ou órgão doente, mas um ser que congrega corpo e mente, que possui sentimentos, crenças, valores, família, trabalho, ou seja, é um conjunto de elementos inserido num contexto social. A leitura nos mostra que ocorrência de eventos adversos relacionada à ocorrência de úlceras por pressão é multi-causal, podendo ser em decorrência da mobilidade prejudicada, nutrição inadequada, técnica ineficiente na realização de mudança de decúbito e curativos, umidade, fricção e cisalhamento da pele, dentre outros fatores que podem contribuir para o surgimento destas lesões.

## CONCLUSÕES

Percebe-se, por meio dessa revisão, que a temática da segurança do paciente em terapia intensiva tem se constituido em preocupacão importante por parte dos enfermeiros nos programas de pós-graduação *stricto senso* visando à melhoria constante da segurança na prática profissional e na prestação de cuidado qualificado. Observou-se a predominancia de estudos de carater quantitativo em relação aos qualitativos, e a região Sudeste foi responsável por 68% dos estudos, isso pode se justificar pelo fato da região constituir-se em um polo produtor importante em saúde e educação, o que parece indicar uma lacuna na produção de conhecimento em outras regiões do país e, por isso, outras possibilidades de produção de conhecimento. No quesito população estudada, prevaleceu o grupo dos enfermeiros, salienta-se a necessidade de ampliar os estudos tendo como foco também os profissionais de nível médio, pois estes são personagens de fundamental importância para a qualificação do cuidado. Na realidade brasileira, a grande parte dos erros relacionados à medicação, está ligada aos profissionais de nível médio em função de ser o auxiliar/técnico de enfermagem o profissional que mais frequentemente prepara e administra os medicamentos. Embora saibamos que a supervisão e acompanhamento destes profissionais sejam de responsabilidade do enfermeiro, mas, muitas vezes em razão de outras atividades

delega-se o cuidado a um trabalhador o qual, nem sempre está capacitado para função. Um aspecto que merece atenção especial da enfermagem está relacionado ao armazenamento, dispensação, preparo e administração dos medicamentos. Requer dos profissionais da enfermagem atenção especial em qualquer fase do processo, ou seja, da leitura da prescrição à avaliação dos seus efeitos, passando pelo preparo e administração correta. As úlceras por pressão são responsáveis pelos tratamentos que geram altos custos as instituições de saúde e em especial nas unidades de terapia intensiva. Assim, as instituições de saúde buscam melhorar a qualidade assistencial e segurança do paciente reduzindo agravos como a ocorrência da Úlcera por Pressão. Sabe-se que o desenvolvimento institucional de uma cultura de segurança pode diminuir significativamente os eventos adversos nas instituições de saúde e em especial nas Unidades de terapia intensiva. Diante disso é recomendável a instituição de cultura de segurança, vidando a identificação dos eventos e não somente a utilização de medidas punitivas. Para, além disso, recomenda-se a padronização e mapeamento dos processos de trabalho, utilizar medidas que estimulam a verbalização das dificuldades e a utilização de educação continuada.

**ÁREA TEMÁTICA:** Segurança do Paciente.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva.

**REFERÊNCIAS**

1 Camerini, Flavia Giron; Silva, Lolita Dopico da. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. Texto contexto - enferm. [periódico na Internet]. 2011 Mar [citado 2013 Jul 06] ; 20(1): 41-49.

2. Beccaria, Lucia Marinilz; Pereira, Roseli Aparecida Matheus; Contrin, Lígia Márcia; Lobo, Suzana Margareth Ajeje; Trajano, Diene Henri. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Rev. bras. ter. intensiva [online]. 2009, vol.21, n.3, pp. 276-282

3 Favarin, Simone Spiazzi; Camponogara, Silviamar. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. Rev. Enferm. UFSM, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 320-329. Mai/Ago 2012.

4 Pedreira, Mavilde; Peterlini, Maria Angélica Sorgini. Como Garantir a Segurança do Paciente na UTI, in: Viana, et al., Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivencias. Porto Alegre: Artmed, 2011.

5 Rother, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paul. enferm. [periódico na Internet]. 2007 Jun [citado 2013 Jul 06] ; 20(2)

6Mendes, Karina Dal Sasso; Silveira, Renata Cristina de Campos Pereira; Galvão, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [periódico na Internet]. 2008 Dez [citado 2013 Jul 06]; 17(4): 758-764.

7 Melo, Anna Bianca Ribeiro. Enfermagem e segurança do paciente na terapia medicamentosa em unidades intensivas. Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

8 Lisboa, Caroline de Deus. Preparo e administração de medicamentos por sondas em pacientes que recebem nutrição enteral. Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

9 Faria, Leila Márcia Pereira de; Cassiani, Silvia Helena de Bortoli. Interação medicamentosa: conhecimento de enfermeiros das unidades de terapia intensiva. Acta paul. enferm. [periódico na Internet]. 2011 [citado 2013 Jul 06]; 24(2): 264-270.

10 Silva, Lolita Dopico da; Carvalho, Márglory Fraga de. Revisão integrativa da produção científica de Enfermeiros acerca de erros com medicamentos. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 out/dez; 20(4):519-25.

11 Ricate, Mônica Costa. Crenças de enfermeiros sobre o comportamento de higienização das mãos. Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

12 Benedett, Alcimara. Riscos potenciais na unidade de terapia intensiva neonatal. Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica do Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento da Universidade do Vale da Paraíba. São José dos Campos, 2008.

13 Melo, Janeide Freitas de. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem. Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Feral de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.

14 Gouvêa, Carla Simone Duarte de; Travassos, Claudia. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2010 Jun [citado 2013 Jul 06]; 26(6): 1061-1078.

15 Versa, Gelena Lucinéia Gomes da Silva; Inoue, Kelly Cristina; Nicola, Anair Lazzari; Matsuda, Laura Misue. A Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 20, n. 4, dez. 2011.

16 Nepomuceno, Raquel de Mendonça. Condutas de enfermagem diante da ocorrência de alarmes ventilatórios em pacientes críticos. Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado Do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

17 Batista, Miranildes de Abreu; Alcantara, Erikson Custódio; Paula, Lilian Khellen Gomes de. Central de ventiladores mecânicos: organização, segurança e qualidade. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo, v. 19, n. 4, dez. 2007.

18 Souza, Thaís Sanglard de; Maciel, Otília Beatriz; Méier, Marineli Joaquim; Danski, Mitzy Tannia Reinchembach; Lacerda, Maria Ribeiro. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. Rev. bras. enferm. [periódico na Internet]. 2010 Jun [citado 2013 Jul 06]; 63(3): 470-476.

19 Simão, Carla Maria Fonseca. Úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva e conformidade das ações de enfermagem. Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental apresentada à Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2011.

# TENDÊNCIAS DAS PESQUISAS DE ENFERMAGEM ACERCA DOS ACIDENTES POR QUEDAS EM PACIENTES INTERNADOS

# TRENDS IN NURSING RESEARCH ABOUT THE FALLS INJURIES IN PATIENTS ADMITTED

# TENDENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERME RÍA SOBRE ACCIDENTES POR CAÍDAS EN PACIENTES INTERNADOS

Pasa, Thiana Sebben[1]
Magnago, Tânia Solange Bosi de Souza[2]
Carollo, Jéssica Baldissera[3]
Chagas, Bruna Pereira[4]
Morais, Bruna Xavier[5]
Pedro, Cecília Mariane Pinheiro[6]
Cauduro, Graziela[7]

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem (TSEE). Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Docente do Departamento e do PPGEnf/UFSM. Líder e pesquisadora do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
3 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista Iniciação Científica PROBIC/FAPERGS. Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: jeh_bc8@yahoo.com.br
4 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista Iniciação Científica FIPE JR/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
5 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista Iniciação Científica PROIC/HUSM. Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
6 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista Iniciação Científica PIBIC/UFSM/CNPq. Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
7 Enfermeira do Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo. Integrante do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem (TSEE). Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.

**RESUMO:** Essa pesquisa objetivou identificar as tendências de dissertações e teses produzidas pela enfermagem, nos Programas de Pós-Graduação brasileiros, acerca da

temática acidentes por queda em pacientes hospitalizados ou institucionalizados. **Método:** estudo de revisão bibliográfica com busca realizada no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando as palavras-chave: "Enfermagem" e "acidentes por quedas". A partir dos critérios de inclusão e exclusão, foi montado um quadro para a análise dos resumos. **Resultados:** os seis resumos que compuseram a análise eram provenientes de dissertações e teses. Em relação aos objetivos, os estudos mostraram diversidade de enfoque, nos quais 03 foram desenvolvidos em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e os outros 03 enfocaram acidentes por quedas em hospitais. **Conclusões**: conclui-se que há predominância de estudos quantitativos e uma tendência de universidades da Região Centro Oeste e Nordeste desenvolverem pesquisas envolvendo pacientes hospitalizados e na Região Sul, estudos desenvolvidos em ILPIs.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Acidentes por quedas; Segurança do paciente; Pacientes Internados.

**ABSTRACT: Objective:** This research aimed to identify the trends of dissertations and theses produced by nursing programs in the Graduate Brazilian about the theme of falls injuries among patients hospitalized or institutionalized. **Method:** The search was realized in Theses Database of the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel (CIHEP), using the keywords: Nursing and falls injuries. Of the inclusion and exclusion criteria was set up a chart for the analysis of abstracts. **Results:** The abstracts that comprised the analysis were from dissertations and theses. About the objectives the studies have diversity of approach, in which 03 were developed in Long-stay Institutions for Elderly (LIE) and the other 03 focused on falls injuries in hospitals. **Conclusions:** It was concluded that there is a predominance of quantitative studies and a tendency of universities in the midwest and northeast region that developed research involving hospitalized patients and in the southern region, studies developed in LIE.

**DESCRIPTORS:** Nursing; Accidental falls; Patient Safety; Impatients.

**RESUMEN: Objetivo:** Esta investigación objetivó identificar las tendencias de disertaciones y tesis producidas por los programas de enfermería en gradúate Brasil sobre el tema accidentes por caídas en pacientes hospitalizados o institucionalizados. **Método:** Se realizó búsqueda en Base de Datos de Tesis de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (CAPNS), utilizando las palabras clave: Enfermería y accidentes por caídas. A partir de los criterios de inclusión y exclusión se estableció un cuadro para el análisis de los resúmenes. **Resultados:** Los resúmenes que componían el análisis fueron de disertaciones y tesis. Cuanto a los objetivos, los estudios han demostrado diversidad de perspectivas, en los cuales 03 se desarrollaron en Instituciones de Larga

estadía para Ancianos (ILA) y otros 03 se centró accidentes por caídas en hospitales. **Conclusiones:** se concluye que existe un predominio de estudios cuantitativos y una tendencia de universidades de la región de centro oeste y noreste para desarrollar la investigación con pacientes hospitalizados y la región sur, los estudios realizados en ILA.

**DESCRIPTORES:** Enfermería; Accidentes por caídas; Seguridad del paciente; Pacientes internados.

## INTRODUÇÃO

Quedas são consideradas um dos eventos adversos de maior prevalência nas instituições de saúde brasileiras. Essa prevalência tem aumentado a cada dia, levando os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, a desenvolverem medidas de promoção e prevenção deste agravo. Queda é definida como "o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade"[1:3]. Esse evento, quando ocorre com pacientes hospitalizados pode acarretar em aumento da permanência hospitalar, do custo com o tratamento, desconforto ao paciente, descontentamento com a qualidade da assistência[2]. Em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), as quedas também podem acarretar danos aos pacientes, refletindo na qualidade do cuidado prestado. Dessa forma, a avaliação das quedas é considerada um importante indicador de qualidade assistencial[3]. Estudo[4] identificou que quedas em pacientes hospitalizados produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que de 6% a 44% desses pacientes sofreram danos de natureza grave, como fraturas, hematomas e sangramentos, que podem levar ao óbito. Estudo realizado em uma ILPI também encontrou dados importantes relacionados as quedas, apontando uma prevalência de 37,2% quedas nos pacientes internados[5]. A ocorrência de queda em pacientes institucionalizados está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico. Dentre os fatores associados ao indivíduo, pode-se citar a idade avançada, história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural. Já, os fatores ambientais relacionados a quedas incluem os pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência ou inadequação dos recursos humanos[6]. A partir da identificação desses fatores, pode-se desenvolver estratégias de prevenção eficazes de forma a minimizar o problema. No contexto desta problemática, sentiu-se a necessidade de fazer um levantamento das produções científicas produzidas pela enfermagem brasileira, referentes aos acidentes por quedas em instituições de saúde. Optou-se por conhecer não apenas estudos que abordassem o ambiente hospitalar, mas também incluir as ILPI, uma vez que estudos relativos à segurança do paciente nas instituições de saúde são recentes em nosso país. A partir da questão norteadora: Qual a tendência das produções de dissertações e teses da enfermagem, referente à temática acidentes por quedas em pacientes internados em instituições de saúde?, objetivou-se identificar as tendências de dissertações e teses

produzidas nos Programas de Pós Graduação brasileiros acerca da temática acidentes por queda entre pacientes hospitalizados ou institucionalizados.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica. Para a elaboração do estudo, foi realizada uma busca no dia 18 de julho de 2013, no Banco de Teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Foram realizadas estratégias de busca com os descritores (DECs): "acidentes por quedas", "enfermagem" e "segurança do paciente". Entretanto, optou-se por não utilizar o descritor "segurança do paciente", pois restringiu muito os estudos. Assim, utilizou-se "Enfermagem", "acidentes por quedas" e selecionada a opção "todas as palavras". Os critérios de inclusão foram resumos de teses e dissertações referentes a temática proposta. Foram excluídos os estudos que não respondiam a questão norteadora. A seleção dos estudos se desenvolveu por meio da leitura dos títulos e resumos Foram encontrados 35 estudos. Destes, 26 foram excluídos por não corresponderem a temática e 03 por não estarem relacionados a quedas de pacientes internados em ambiente hospitalar ou instituição de longa permanência. Para realização da análise das produções foi elaborada uma ficha de análise, composta pelos itens: título; ano/instituição; nível acadêmico; objetivos; metodologia e resultados.

**RESULTADOS**

Das seis produções que compuseram a análise, 04(66,7%) eram provenientes de dissertações e 02(33,3%) de tese. Com relação ao cenário de estudo, 03 (50%) focalizaram os pacientes internados em ILPIs e os outros 03(50%) em ambiente hospitalar. As quedas em pacientes internados tanto em hospitais quanto em outras instituições são comuns, apresentando uma probabilidade maios de gerar lesões[7]. As pesquisas que abordaram quedas em ILPIs foram desenvolvidas em universidade da Região Sul do país e as com foco no ambiente hospitalar foram desenvolvidas em universidades das Regiões Centro Oeste e Nordeste. Observou-se ser uma temática abordada recentemente, pois 03(50%) delas foram concluídas no ano de 2009, 01(16,7%) no ano de 2010 e 02(33,3%) em 2012. Quanto a abordagem dos estudos, 04(66,7%) utilizaram abordagem quantitativa, 01(16,7%) quantitativo-qualitativo e 01(16,6%) abordagem qualitativa. Todas as pesquisas incluídas abordaram acidentes por quedas em pacientes adultos. Em relação aos objetivos, os estudos mostraram diversidade de enfoque. Nos estudos desenvolvidos em ambiente hospitalar, 01(33,3)[8] procurou verificar a incidência e os fatores de risco para quedas e 02(66,4%)9,10 foram desenvolvidos utilizando os diagnósticos de enfermagem. Estudo que buscou verificar a incidência de quedas e os fatores de ricos associados a esse evento[8] foi desenvolvido com pacientes neurocirúrgicos e neuroclínicos hospitalizados. Esse estudo, além de trazer um percentual maior de quedas entre os pacientes neurocirúrgicos, atenta para a importância da avaliação dos pacientes, por meio de testes de sensibilidade nos membros inferiores, para evitar que os pacientes venham a cair. O estudo constatou que

6,4% dos pacientes avaliados sofreram quedas, sendo que 68,2% dessas quedas ocorreram no grupo de pacientes neurocirúrgicos. Os fatores preditivos para quedas, nesse estudo, foram alteração de coordenação motora de membros inferiores, alteração da sensibilidade dolorosa em membros inferiores, alteração tátil em membros inferiores, presença de incontinência urinária/fecal, presença de quedas nos seis meses anteriores à internação, alteração do XI par de NC e uso de benzodiazepínicos nas 24 horas que antecederam a queda. É importante que haja identificação da incidência e os fatores associados à ocorrência de quedas em pacientes internados em instituições de saúde uma vez que, por meio desses dados poderão ser planejadas e implementadas medidas mais apropriadas àquela instituição, a fim de minimizar a ocorrência desse evento. Dos estudos que utilizaram NANDA/NIC/NOC, pesquisa[9] teve como objetivo revisar o resultado de enfermagem "Comportamento de Prevenção de Quedas" (NOC) referente ao diagnóstico de enfermagem "Risco de Quedas" (NANDA), a fim de prover instrumentos cientificamente fundamentados para avaliar a saúde/segurança do paciente no contexto hospitalar. Foram submetidos 28 indicadores referentes a quedas para a validação por especialistas, dos quais, 18 indicadores pertenciam à última edição da NOC, cinco foram elaborados, três eram variáveis confundidoras e dois pertenciam à edições anteriores da NOC. Dos 18 indicadores da última edição da NOC, apenas um não foi considerado válido pelos especialistas, o item Prende pequenos tapetes. Também foram excluídos aqueles relativos às variáveis confundidoras, que não foram relatadas no resumo. A partir disso, 20 indicadores foram considerados apropriados para avaliar condutas preventivas de quedas no ambiente hospitalar. Por fim, constatou-se benefícios quando a implementação do Comportamento de Prevenção de Quedas na prática, auxiliando na gestão do risco de quedas no ambiente hospitalar. Assim, a monitorização do risco de quedas e a implementação de medidas preventivas a partir do diagnóstico de enfermagem, associando outras ações como avaliação diária do paciente, utilização de instrumentos para predição do risco de queda, orientação de pacientes e acompanhantes, entre outras ações, mostram-se eficientes na redução da incidência de quedas de pacientes hospitalizados[11]. É importante além de identificar a incidência de quedas e de possíveis estratégias para prevenção de quedas, também seja verificada a conduta dos profissionais quando há quedas no ambiente hospitalar. Nessa perspectiva pesquisa[10] realizada com enfermeiros que atuam na Clínica Médica de um hospital de médio porte, no México, analisou a aplicabilidade de intervenções da NIC, para situações de Risco de Quedas em pacientes hospitalizados por meio do mapeamento cruzado. O estudo foi desenvolvido em três fases, na primeira foram descritas as atividades que os enfermeiros relatam realizar quando o paciente possui risco para quedas. Na segunda etapa, a pesquisadora realizou o mapeamento cruzado das atividades e das intervenções da NIC para o diagnóstico Risco de quedas e, na terceira etapa, foi realizado o refinamento do mapeamento comparativo por enfermeiros experts e a NIC com as Intervenções identificadas pela pesquisadora. Como resultados, o estudo apontou que as intervenções que tiveram o maior número de atividades mapeadas foram às relacionadas com o Domínio

de Segurança. Isso demonstra a atuação do enfermeiro e sua contribuição na prevenção de quedas(HERRERA)[10]. Nesse sentido, estudo[12] constata que em hospitais em que há maior número de enfermeiros atuando, menor é a taxa de mortalidade dos pacientes, portanto, esse profissional tem papel fundamental na promoção da segurança do paciente e na prevenção de possíveis danos que possam atingi-los. Assim como no ambiente hospitalar, estudos que abordem o risco para quedas dos pacientes em instituições de saúde com outras características, como as ILPI são de grande importância uma vez que, a institucionalização de idosos representam um fator de risco para esse evento, pelo fato da mudança do ambiente familiar para um local estranho pode predispor a alterações psicológicas, cognitivas e funcionais[5]. Nessa tendência, dos estudos desenvolvidos em ILPIs, 01(33,3%)13 analisou a influência de alterações fisiológicas e psicológicas dos pacientes na ocorrência das quedas durante sua institucionalização e 02(66,6%)14,15 propuseram a criação de ferramentas para prevenção de quedas nesse ambiente. Estudo13 que analisou a influência de alterações fisiológicas e psicológicas na ocorrência das quedas, constatou-se que a perda da funcionalidade e a depressão não influenciam na ocorrência de quedas, uma vez que os pacientes que caíram eram independentes. Contudo, o estudo encontrou fatores referentes a estrutura física da instituição que poderiam contribuir para a ocorrência de quedas. Uma das contribuições do estudo, é que a partir da identificação dos fatores físicos a instituição poderá implementar estratégias que previnam as quedas dos idosos. A criação de um ambiente seguro deve ser medida universal na prevenção de quedas em instituições de saúde[6]. Dos estudos que tiveram por objetivo a elaboração de ferramenta para prevenção de quedas, um deles[14] teve como finalidade manter a funcionalidade dos idosos. O desenvolvimento do instrumento teve por base as políticas públicas voltadas aos idosos. Como contribuições da pesquisa, além da ferramenta construída, foram identificadas ações que colaboram para a manutenção da funcionalidade e prevenção das quedas, sendo propostas para a instituição. Entretanto, no resumo não foram descritos os itens que a ferramenta avaliava, bem como não foram citadas as ações propostas para a instituição. Outro estudo realizado com a mesma finalidade de elaboração de ferramenta para prevenção de queda[15] propôs instrumento embasado em elementos da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e comparados aos diagnósticos de enfermagem. Como resultados foram identificados doze diagnósticos de enfermagem. Para cada diagnóstico de enfermagem, seguindo a Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association, foram verificados em média de três a quatro domínios alterados da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e propostas intervenções de enfermagem por meio da Nursing Interventions Classification. Os principais diagnósticos de enfermagem encontrados nesse estudo, que contribuem para a ocorrência de quedas são: Risco de quedas, Risco para perfusão tissular cardíaca diminuída, Proteção ineficaz, Risco de glicemia instável, Nutrição desequilibrada. Esses diagnósticos oferecem mais risco para quedas do que as necessidades corporais, Percepção sensorial visual perturbada, Incontinência urinária de urgência, Percepção sensorial auditiva

perturbada, Dor aguda, Estilo de vida sedentário, Dor crônica, Mobilidade física prejudicada. A partir disso, a pesquisa espera contribuir para um cuidado de enfermagem que visa os aspectos multidimensionais do indivíduo institucionalizado, conforme preconizado pela classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Conforme exposto, os estudos relacionados a quedas desenvolvidos nos Programas de Pós Graduação em Enfermagem brasileiros, possuem enfoque, objetivos e métodos diferentes. Entretanto, há um objetivo comum em todos que é a redução de acidentes por quedas em instituições de saúde e, consequentemente, maior segurança para os pacientes.

**CONCLUSÃO**

Conclui-se que estudos relacionados a quedas em instituições de saúde ainda são insipientes em nosso país. Há uma predominância de estudos quantitativos e uma tendência de universidades da Região Centro-Oeste e Nordeste desenvolverem pesquisas envolvendo o ambiente hospitalar e as da Região Sul desenvolverem estudos em ILPI. Reforça-se a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que tragam dados epidemiológicos, evidenciando-se o panorama da ocorrência de quedas nas instituições de saúde brasileiras. Também, em nenhum dos estudos selecionados foram avaliados os fatores de risco e o risco de queda dos pacientes, o que aponta uma lacuna nas pesquisas, pois para que haja planejamento eficiente e implementação de ações é fundamental identificar o risco que o paciente tem de vir a sofrer quedas durante a internação. A identificação do risco de quedas é fundamental, pois a partir dela poderá ser evitada a ocorrência e os danos decorrentes das mesmas nas instituições de saúde, visando a saúde, a integridade física e a segurança do paciente.

**ÁREA TEMÁTICA:** Segurança do Paciente.

**REFERÊNCIAS**

1 Buksman S, Vilela ALS, Pereira SEM, Lino VS, Santos VH. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. Quedas em idosos: prevenção. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina [Internet]. 2008[acesso em 2012 nov 19]. São Paulo. Disponível em: http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/diretrizes/queda-idosos.pdf

2 Tack KA, Ulrich B, Kchr C. Patient falls: profile for prevention. J Neuro sci Nurs. 1987; 19(2):83-9.

3 Almeida RAR, Abreu CCF, Mendes AMOC. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Rev Enf Ref [Internet]. 2010[acesso em 2012 nov 20]; 3(2):163-172. Disponível em:

http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400017&lng=pt

4 Boushon B, Nielsen G, Quigley P, Rutherford P, Taylor J, Shannon D, Rita S. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement [Internet]; 2012[acesso em 2012 nov 21]. Disponível em www.IHI.org .

5 Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010[acesso em 2012 nov 21]; 63(6): 991-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/19.pdf

6 Ministério da Saúde. Protocolo de prevenção de quedas. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz [Internet]. 2013[acesso em 2013 jun 25]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf

7 Borgardus ST. Another fall. Agency for health care Research and Quality [Internet]. 2003[acesso em 2012 dez 17]. Disponível em: http://webmm.ahrq.gov/case.aspx?caseID=6

8 Pinho PG. Avaliação dos Fatores de Risco e Incidência de Queda em Pacientes Neuroclínicos e Neurocirúrgicos. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas e Biológicas). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

9 Fortes AN. Revisão do resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas : análise de conceito e validação por especialistas. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza. 2010. 212 f.

10 Herrera DEH. Risco de quedas: intervenções de enfermagem da NIC identificadas por enfermeiros mexicanos a pacientes hospitalizados. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto. 2012; 1:145.

11 Lasta NS, Fernandes VA, Silva DP, Vigo LR, Batista AS, Friedrich N. Diagnóstico de enfermagem risco de queda: ferramenta facilitadora na implantação do protocolo de queda. 10º Sinaden - Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem[Internet]. Brasília, DF; 2010[acesso em 2013 jul 10]. Disponível em : http://www.abeneventos.com.br/10sinaden/anais/files/0094.pdf

12 Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. Journal of the American Medical

Association[Internet]. 2003[acesso em 2013 jul 10]; 290(12):1617-23. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077115/

13 Valcarenghi RV. Funcionalidade, cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas na cidade do Rio Grande/RS[Internet]. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande. 2009[acesso em 2013 jul 10]. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=165437

14 Feliciani AM. Construção de ferramenta avaliativa fundamentada nas políticas públicas para Idosos: contribuições para o enfermeiro na prevenção de quedas [Internet]. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande. 2009[acesso em 2013 jul 10]. Disponível em: http://www.argo.furg.br/bdtd/tde_arquivos/9/TDE-2010-04-09T110433Z-171/Publico/ariane.pdf

15 Avila JA. Funcionalidade da pessoa idosa institucionalizada com riscos de quedas: proposta de cuidado de enfermagem [Internet]. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande, 2009. 2012[acesso em 2013 jul 15]. Disponível em: http://repositorio.furg.br:8080/jspui/handle/1/3517

# ASSISTÊNCIA SEGURA PARA ENFERMEIROSDE UM SERVIÇO DE QUIMIOTERAPIA*.

# SAFECAREFORNURSESOF ASERVICECHEMOTHERAPY.

# CUIDADO DESEGURO PARAENFERMERASDEUN SERVICIODEQUIMIOTERAPIA.

MARCONATO, Cintia da Silva[1]
SILVA, Rosângela Marion da[2]
NOAL, Helena Carolina [3]
SCHMIDT, Sandra Márcia Soares [4]
FRUET, Isolina Alberto [5]
BIN, Aline [6]
WEIS, Paola Souza Castro[7]

*Texto extraído do Projeto de Pesquisa: Gerenciamento de risco e segurança dos pacientes e dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário.

1 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. Especialista em Cuidados Intensivos. Integrante do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Hospitalar e Educação em Saúde (GIPES) e do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem(TSEE). Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.Email:cintiamarconato@gmail

2 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria, Doutoranda em Ciências (DINTER UNIFESP-UFRJ-UFSM), Integrante do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Educação e Saúde (GIPES). Santa Maria, RS, Brasil, cucasma@terra.com.br

3 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria, Mestre em Enfermagem. Vice-líder do GIPES Santa Maria, RS, Brasil. helenacnoal@gmail.com

4 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria, , Doutora em Enfermagem, Líder do GIPES. Santa Maria, RS, Brasil. sandramarciasoares@gmail.com

5 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. Integrante do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Educação e Saúde (GIPES). Santa Maria, RS, Brasil, isolina_chuca@yahoo.com.br,

6 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. Integrante do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Educação e Saúde (GIPES). Santa Maria, RS, Brasil, linebin@gmail.com

7Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria. Membro do Grupo Interdisciplinar de pesquisa e educação em saúde. Membro do Grupo PEFAS/UFSM, paola.sc@gmail.com

**RESUMO: INTRODUÇÃO**:A estimativa de novos casos de câncer é crescente a cada ano, necessitando estes pacientes de assistência qualificada e livre de eventos adversos. **OBJETIVO** Este estudo objetiva identificar o significado de assistência segura para os enfermeiros que atuam no serviço de quimioterapia. **METODOLOGIA**: Estudo descritivo,

qualitativo, realizado com enfermeiros assistenciais de um serviço de quimioterapia em um Hospital Universitário, sendo critérios de inclusão: ser enfermeiro assistencial e estar regido pelo Regime Jurídico Único. Aqueles que estavam em licença ou em férias foram excluídos. Os dados foram analisados segundo análise temática. **RESULTADO:** Como resultado originou-se as seguintes categorias: assistência segura e integridade física/psíquica, qualificação profissional como elemento potencializador para assistência segura e assistência segura e equipe multiprofissional. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que no contexto da saúde, principalmente no cuidado de enfermagem prestado ao paciente oncológico, devido a sua especificidade, cabe discutir e planejar processos gerenciais que visem oferecer ao paciente assistência segura.

**DESCRITORES:** Enfermagem Oncológica; Enfermagem; Segurança do paciente.

**ABSTRACT:INTRODUCTION**: The estimated new cancer cases is increasing each year, those patients requiring skilled care and free of adverse events. **OBJECTIVE:** This study aims to identify the meaning of safe care for the nurses who workin the service of chemotherapy. **METHODS:** A qualitative descriptive study conducted with nurses from a chemotherapy service in a university hospital, with inclusion criteria: being a nurse care and begoverned by the Unified Legal System. Those who were on leave or on vacation were excluded. Data were analyzed using thematic analysis. **RESULT:** As a result stemmed from the following categories: safe care and physical/psychic, professional qualification as an enhancer for safe care and safe care and multidisciplinary team. **CONCLUSION:** We conclude that in the context of health, especially in nursing care to cancer patients, due to their specificity, it discuss and plan management processes that aim to provide safe patient care.

**KEYWORDS:** Oncology Nursing; Nursing; Patient Safety.

**RESUMEN: INTRODUCCIÓN:** Los nuevos casos estimados de cáncer va en aumento cada año, los pacientes que requieren atención especializada y libre de efectos secundarios. **OBJETIVO:** Este estudio tiene como objetivo identificar el significado del cuidado seguros para las enfermeiras que trabajan em el servicio de la quimioterapia. **MÉTODOS:** Estudio descriptivo cualitativo realizado com enfermeros de un servicio de quimioterapia e nun hospital universitario, com criterios de inclusión: ser enfermera de atención y se regirán por el Régimen Jurídico Único. Los que estaban de permisoo de vacaciones fueron excluidos. Los datos fueron analizados mediante análisis temático.**RESULTADO:**Como resultadose derivó delas siguientes categorías: cuidado seguro y, cualificación professional física/psíquica como un potenciador para el cuidado seguro y una atención segura y de equipo multidisciplinario. **CONCLUSIÓN:**Se concluye que enel contexto de la salud, especialmente en la atención de enfermeira a pacientes con cáncer, debido a su

especificidad, es discutir y planificarlos procesos de gestión que tienen como objetivo proporcionar atención al paciente segura.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería Oncológica; Enfermeira; Seguridad del Paciente.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou para o ano de 2013 cerca de 27 milhões de casos incidentes de câncer e 17 milhões de mortes em virtude desta doença, e sendo que o maior efeito desse aumento incidirá nos países de média e baixa renda. Atualmente, no Brasil, o perfil epidemiológico do câncer está em processo de mudança, o que implica na necessidade de discussão nas agendas políticas e técnicas sobre o tema na perspectiva de estabelecer prioridades e alocar recursos destinados para a transformação do cenário na população brasileira. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, as estimativas para o ano de 2012 também válidas para 2013,são de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, sendo os tipos mais incidentes para o sexo masculino os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon, reto e estômago, e para o sexo feminino os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide, o que reforça a magnitude do problema do câncer no Brasil[1]. Nesse sentido, as pessoas que procuram pelos serviços de saúde, buscam assistência qualificada, com segurança, livre de iatrogenias e adversidades, o que requer profissionais qualificados e em constante processo de atualização. Para isso, a OMS, em 2004, lançou, por meio do programa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, diretrizes e estratégias para incentivar e divulgar práticas que garantissem a segurança do paciente[2]. No ano de 2013, com o objetivo de reduzir a incidência de eventos adversos no Brasil, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente[3] que entre as ações visa à implementação de protocolos de segurança do paciente. Assim, diante da incidência cada vez maior de casos de câncer no Brasil, associada à necessidade de hospitalização para o tratamento, delineou-se como questão norteadora para este estudo: Qual o significado de assistência segura para trabalhadores de enfermagem que atuam em serviço de quimioterapia antineoplásica?

## OBJETIVO

Identificar o significado de assistência segura para os enfermeiros que prestam cuidado a pacientes em tratamento oncológico.

**MÉTODO:** Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, pois procura ampliar o conhecimento do pesquisador acerca de um determinado problema, é de natureza qualitativa devido a sua característica de apresentar novos significados ao fenômeno estudado e de estar na perspectiva do sujeito. Foi realizada em um Hospital Universitário, localizado no Estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados no Serviço de

Quimioterapia. Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser trabalhador de enfermagem; atuar na assistência direta a pacientes; e estar regido pelo Regime Jurídico Único. Aqueles que estavam em licença de qualquer natureza ou em férias foram excluídos do estudo. Os sujeitos receberam informações sobre o objetivo da pesquisa e sobre a garantia do anonimato. Após os esclarecimentos, foram orientados a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, assiná-lo em caso de concordância com os termos expostos, sendo que uma via ficou com o participante e a outra com o pesquisador. Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2011. A técnica de coleta de dados utilizada foi o questionário com questão aberta, o qual era entregue individualmente em envelope fechado e com uma data definida para a devolução e no qual os sujeitos da pesquisa responderam à seguinte questão: Qual o significado de assistência segura para você? O processo de análise dos dados seguiu as orientações da análise temática, que apresenta o tema como unidade de significação, podendo ser apresentado por meio de uma palavra, frase ou resumo, sendo estruturada na Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos Resultados/Inferência/Interpretação[4]. Foram observados todos os procedimentos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos conforme proposto pelo Conselho Nacional de Saúde[5]. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 0383.0.243.000-10 e número do processo: 23081.020340/2010-80.

**RESULTADO E DISCUSSÃO**

Participaram do estudo 26 enfermeiros. Para melhor apresentação dos resultados, os dados foram agrupados nas categorias: assistência segura e integridade física/psíquica, qualificação profissional como elemento potencializador para assistência segura e assistência segura e equipe multiprofissional. Na primeira categoria, os enfermeiros referiram que prestar assistência segura significa cuidar da saúde dos profissionais por meio do incentivo ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual(EPI), pois, as ações de saúde realizadas com o profissional devem estar associadas com a saúde do paciente, uma vez que os riscos gerados também podem afetá-lo. Muitas vezes dependendo da natureza e o nível lo. Muitas vezes dependendo da natureza e o nível de atenção exigida pelo trabalho os profissionais de enfermagem esquecem-se da sua própria saúde e segurança não usando os EPIs adequadamente, sendo algo inaceitável quando estesprofissionais tem em suas atividades laborais a administração de medicações antineoplásicas[6]. As medicações antineoplásicas podem provocar nos profissionais efeitos simples como cefaleia, vertigens, náuseas, vômitos, alopecia etc. e até mais graves como: efeitos mutagênicos e teratogênicos na saúde destes[7]. Na terapia antineoplásica, a administração de medicação é uma das atividades mais frequentemente realizada pelos enfermeiros. Essa prática requer atenção por parte dos trabalhadores, pois conforme a resolução do COFEN n° 210, de 01 de julho de 1998, a qual regulamenta a atuação dos Enfermeiros em Serviços de quimioterapia, informa que cabe a estes profissionais administrar quimioterápico antineoplásico, planejar,

organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de Enfermagem, em clientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico, categorizando-o como um serviço de alta complexidade[8]. Nesse sentido, é necessário que estes profissionais tenham conhecimento do processo que envolve a assistência medicamentosa ao paciente oncológico, pois é o enfermeiro a última barreira para impedir erros de medicação, e por sua vez, cabe a estes garantir que este processo seja cumprido de forma eficiente, responsável e seguro[9]. Os erros de medicação na terapia antineoplásica, estão relacionados a múltiplos fatores, o que com habilidade e conhecimento dos profissionais podem ser minimizados e ou evitados proporcionando aos clientes por estes assistidos uma assistência segura. Com essa preocupação, o Programa Nacional de Segurança do Paciente estabeleceu, dentre os protocolos de segurança do paciente, aquele relacionado à segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Outra forma de avaliar a segurança dos procedimentos realizados é a construção de indicadores de segurança, onde os dados obtidos poderão nortear programas de assistência segura[10]. Os cuidados realizados de forma certa, no momento certo, de maneira certa e para a pessoa certa, com objetivo de alcançar os melhores resultados devem fundamentar a assistência e direcionar a prática dos enfermeiros, sendo esta assistência prestada com ética, respeito e principalmente baseada nas necessidades do paciente[11]. Na categoria qualificação profissional como elemento potencializador para assistência segura, os enfermeiros relataram que estar em constante processo de aprimoramento, sendo esta atividade realizada por meio de programas de educação permanente que proporcionem a troca de conhecimento prático e científico entre os profissionais, oferece cuidado seguro. Os enfermeiros que atuam em serviços de quimioterapia antineoplásica necessitam conhecer sobre as patologias, tratamento e planejar os cuidados de acordo com as necessidades dos pacientes. Portanto, enfermeiros capacitados produzem melhores resultados no cuidado do paciente, promovendo maior satisfação e confiança destes em relação à assistência prestada, mas acima de tudo reduzindo os erros e iatrogenias[11]. Na categoria assistência segura e equipe multiprofissional, os enfermeiros referiram que também é responsabilidade do enfermeiro avaliar as necessidades do paciente e solicitar a avaliação de outros profissionais como, por exemplo, nutricionista e psicólogo, já que, este paciente devido o tratamento quimioterápico tem muita dificuldade para alimentar-se, necessitando de um plano alimentar diário e individualizado, por sua vez, a necessidade de assistência psicológica é tão importante quanto à alimentação, pois vários fatores atingem os pacientes, como mudanças na rotina de vida, hospitalização, consultas médicas frequentes, os efeitos colaterais da medicação, entre outros, fazendo-se primordial a assistência multiprofissional para garantir a estes um tratamento de qualidade e seguro.

## CONCLUSÃO

A partir do exposto, depreende-se que os enfermeiros que atuam em serviço quimioterápico antineoplásico relacionam assistência segura a necessidade de preservar a integridade

física/psíquica, qualificação profissional e ao envolvimento com a equipe multiprofissional. No contexto da saúde, principalmente no cuidado de enfermagem prestado ao paciente oncológico, devido sua complexidade e especificidade inerente a estas patologias, são pertinentes discutir e planejar processos gerenciais que visem oferecer ao paciente assistência segura, sendo a utilização de protocolos elemento fundamental para guiar a assistência com qualidade.

**ÁREA TEMÁTICA:** Segurança do Paciente

**REFERÊNCIAS**

1-Instituto Nacional do Câncer [http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/] acesso em 20/07/2013

2-Brasil. Anvisa. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/apresentacao.html Acesso 24/07/20013

3-Brasil. Portaria n. 529 de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.htmlAcesso em julho 2013.

4-Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010

5-Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em SeresHumanos. Resoluçãon. 466 de 2012. Brasília; 2013.

6-PinheiroJ, Zeitoune RCG. Hepatite B: Conhecimento e medidas de biossegurança e a saúde do trabalhador de enfermagem. Esc.Anna Nery Rev.Enferm.2008; 12 (2): 258 –64

7-Silva LF, Reis PED.Avaliaçãodo Conhecimento da Equipe de Enfermagem sobre Riscos Ocupacionais na Administração de Quimioterápicos. Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(3): 311-320

8-Brasil. COFEn http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2101998_4257.htmlacesso em 24/07/2013

9-Missao AI, Silva AEBC, Cassiani SHB. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação.RevLatino-am Enfermagem 2006; 14(3):354-63

10-Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em EnfermagemRev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):422.

11-Mavilde LGP. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. Acta Paul Enferm 2009;22(Ed especial):880-1.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# TUBERCULOSE E A POPULAÇÃO RURAL BRASILEIRA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

# TUBERCULOSIS AND BRAZILIAN RURAL POPULATION: A REVIEW OF THE LITERATURE

# TUBERCULOSIS Y LA POBLACIÓN RURAL BRASILEÑA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

BRESOLIN, Julia Zancan[1]
MAYER, Barbara Letícia Dudel[2]
ENGEL, Rosana Huppes[3]
SILVA, Fernanda Stock da[4]
WEILLER, Teresinha Heck[5]
SILVA, Kauana Flôres da[6]
ERTHAL, Graciele[7]
POLL, Marcia Adriana[8]

1 Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: julia-bresolin@hotmail.com
2 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
3 Enfermeira, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
4 Enfermeira Especialista em Administração Hospitalar, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
5 Enfermeira Doutora, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
6 Enfermeira, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
7 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
8 Enfermeira, Mestre em Enfermagem PPGEnf /FURG. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA.

**RESUMO:**
**Introdução:** A tuberculose é uma das maiores causas de morbimortalidade do mundo. O Brasil é o 19º país em taxas de incidência, prevalência e mortalidade entre os 22 países de alta carga de doença. **Objetivo:** Verificar e descrever as produções científicas acerca da

temática da tuberculose na população rural brasileira. **Metodologia:** Este estudo é uma revisão narrativa da literatura de caráter qualitativo. Para desenvolvê-lo foi realizada a busca de estudos em Junho de 2013, no Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Índice bibliográfico espanhol de ciências da saúde (IBECS). O *corpus* da pesquisa é de 3 artigos. A análise dos estudos foi através da Analise de Conteúdo Temática proposta por Minayo. **Resultados:** Uma categoria temática: A tuberculose e a atenção a saúde na população rural indígena. Os casos de tuberculose apresentados nos estudos evidenciam a ocorrência da doença no sexo masculino, com idade acima de 45 anos, sem escolaridade e na população rural. O acesso do usuário na zona rural é dificultado, pois as ações de controle restringem-se à sede do município, sem metas dirigidas para a zona rural. **Conclusões:** Os estudos mostraram a necessidade de adoção de medidas estratégicas que integrem ações programativas na atenção básica, interiorização das ações de saúde e reorganização da rede de saúde.

**DESCRITORES:** Tuberculose; População Rural; Atenção a Saúde; Brasil.

**ABSTRACT:**
**Introduction:** Tuberculosis is a major cause of morbidity and mortality in the world. Brazil is the 19th country in rates of incidence, prevalence and mortality among the 22 countries with a high burden of disease. **Objective:** To investigate and describe the scientific production on the theme of tuberculosis in Brazilian rural population. **Methodology:** This study is a narrative review of qualitative character. To develop it the search was conducted of studies in June 2013, in the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Database of Nursing (BDENF) and bibliographic index Spanish health sciences (IBECS). The research corpus is 3 items. Analysis of the studies was through thematic content analysis proposed by Minayo. **Results:** A thematic category: Tuberculosis and the health care in rural indigenous population. Tuberculosis cases presented in the studies showed the occurrence of the disease in males over the age of 45 years, uneducated and rural population. User access in rural areas is difficult because the control actions are limited to the county seat, no goals addressed to the countryside. **Conclusions:** The study showed the need to adopt measures that integrate strategic actions programativas in primary care, internalization of health and reorganization of health.

**DESCRIPTORS:** Tuberculosis; Rural Population, Health Care, Brazil.

**RESUMEN:**
**Introducción:** La tuberculosis es una causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo. Brasil es el 19 º país en las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad entre los

22 países con alta carga de morbilidad. **Objetivo:** Investigar y describir la producción científica sobre el tema de la tuberculosis en la población rural brasileña. **Metodología:** Este estudio es una revisión narrativa de carácter cualitativo. Para su desarrollo se llevó a cabo la búsqueda de los estudios en junio de 2013, en la Scientific Electronic Library Online (SciELO), en América Latina y del Caribe (LILACS), en Base de Datos de Enfermería (BDENF) y en el índice bibliográfico ciencias de la salud españolas (IBECS). El corpus de la investigación es de 3 artículos. El análisis de los estudios fue a través de análisis de contenido temático propuesto por Minayo. **Resultados:** Una categoría temática: Tuberculosis y la atención de la población indígena rural. Los casos de tuberculosis que se presentan en los estudios demostraron la ocurrencia de la enfermedad en los hombres mayores de 45 años, sin educación y de la población rural. Acceso de los usuarios en las zonas rurales es difícil debido a las acciones de control se limitan a la cabecera municipal, sin metas dirigidas a las zonas rurales. **Conclusiones:** El estudio demostró la necesidad de adoptar medidas que integren acciones programativas estratégicas en la atención primaria, la internalización de la salud y la reorganización de la salud.

**DESCRIPTORES:** Tuberculosis; Población Rural, Cuidado de la Salud, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A tuberculose chega ao século XXI como uma das maiores causas de morbimortalidade no mundo. Sua importância epidemiológica se traduz em dados veiculados pela Organização Mundial de Saúde mostrando que existem dois bilhões de infectados pelo *Micobacterium tuberculosis* na população mundial, propiciando a ocorrência de oito milhões de casos novos/ano e a morte de aproximadamente dois milhões de pessoas[1]. O Brasil é o 19º país em taxas de incidência, prevalência e mortalidade entre os 22 países de alta carga de doença. Segundo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), em 2010, foram notificados 71 mil casos de TB com 4,6 mil mortes[2]. Os fatores que contribuem para a proliferação da tuberculose estão relacionados a grandes concentrações populacionais e péssimas condições sócio econômicas, sendo que essas condições podem compreendem a educação, condição do domicílio urbano ou rural, idade do indivíduo, tamanho do domicilio, condições sanitárias, cor e região geográfica[3]. No Brasil, houve uma diminuição de doenças infecciosas e parasitárias na população infantil, entretanto, as doenças crônico-degenerativas, assim como as doenças do aparelho respiratório, são cada vez mais incidentes na população adulta e idosa, o que assume um importante papel no quadro de morbimortalidade brasileiro[4]. No país, caracteriza-se o ambiente rural aqueles municípios que possuem menos de 25.000 habitantes. Aproximadamente 75% dos municípios brasileiros se enquadram neste perfil, e neles residem cerca de 40 milhões de pessoas[5]. Nesse sentido, torna-se importante investigar questão que compreendam a saúde da população rural no Brasil, principalmente em se tratando da tuberculose. Assim, o objetivo

desse estudo é verificar e descrever as produções científicas acerca da temática da tuberculose na população rural brasileira.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pois essa abordagem realiza uma aproximação fundamental de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas[6]. Este estudo é uma revisão narrativa da literatura, realizada nas seguintes etapas: identificação do tema e pergunta de pesquisa para a revisão; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; categorização; avaliação; interpretação e a apresentação da revisão[7,8,9]. Nesse sentido, a temática desse estudo é a tuberculose na população rural no Brasil e a questão que norteou a pesquisa é: Quais são as produções científicas acerca da temática da tuberculose na população rural brasileira? Foram elencados como critérios inclusão: ser artigo completo, disponível online, em português. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações, e não abordar o tema especificamente. A busca dos estudos foi realizada em Junho de 2013, no Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Índice bibliográfico espanhol de ciências da saúde (IBECS). A estratégia de busca utilizada foi: Tuberculose *AND* População Rural, sendo estes, descritores. Foram encontrados 4 produções no SCIELO, 8 no LILACS, 3 no IBECS e nenhum na BDENF. Foram evidenciadas repetições e a não disponibilidade on-line de artigos, além dos demais critérios de exclusão. Desta forma o *corpus* dessa pesquisa é de 3 artigos. A análise dos artigos será realizada pela Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo[8]. Foi realizado um quadro sinóptico para a apresentação dos artigos, este compõe enumeração, objetivo, resultados e a referência dos artigos (Tabela 1). Após a análise dos artigos, foi estabelecida 1 Categoria Temática, sendo ela: A tuberculose e a atenção a saúde na população rural indígena.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os artigos revisados foram realizados nos municípios de São Gabriel da Cachoeira, Coari e região do Alto Rio Negro, todos sendo do Estado do Amazonas, Brasil. Dos artigos que compõem esse estudo, o artigo A1 e A3 são quantitativos e o A2 engloba estudo qualitativo e quantitativo. Das técnicas utilizadas foram evidenciadas: pesquisa avaliativa e exploratória tipo estudo de caso único (A2) e estudo epidemiológico retrospectivo seguido de estudo transversal (A3). Dos sujeitos da pesquisa, o estudo A1 pesquisou 494 pacientes residentes de São Gabriel da Cachoeira ou Santa Isabel do Rio Negro pertencendo à etnia Yanomámi. No estudo A2 foram incluídos os casos novos de TB no período de 2001 à 2008 no município de Coari/AM. O estudo A3 envolveu 184 indígenas do Município de São Gabriel de Cachoeira/AM. Dos locais da realização da pesquisa, o estudo A1 envolveu

o Programa de Saúde da Família (PSF), o A2 uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o A3 não delimitou o local de pesquisa. Dos profissionais que publicaram os artigos A1, A2 e A3 envolviam médicos e enfermeiros.

**Tabela 1. Apresentação e síntese dos artigos que compõem o estudo, 2013.**

| Nº | Objetivo | Resultados | Referência |
|---|---|---|---|
| A1 | Descrever a situação da tuberculose no Município de São Gabriel da Cachoeira, Estado do Amazonas, Brasil, no período de 1997 a 2002. | As taxas mostraram que a população masculina tem incidência mais elevada que a feminina nas duas áreas de residência. A faixa etária mais atingida foi acima de 50 anos, porém a proporção de menores de 15 anos se mostrou acima dos valores esperados na população geral do país, além de apresentar diferentes níveis de gravidade nas subáreas rurais estudadas. | Lenivo A, Oliveira RM. Tuberculose na população indígena de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. Caderno de Saúde Pública [periódico na internet] 2007 [acesso em 2013 jul. 28]; 23(7) [aprox. 5p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/26.pdf |
| A2 | Avaliar o programa de controle da tuberculose em município de Coari, estado do Amazonas no período de 2001 a 2008. | O controle da TB é ação de baixa prioridade no sistema de saúde de Coari, apesar de um contexto externo adverso que favorece o aparecimento da doença e o abandono do tratamento, influenciando negativamente no sucesso do PCT. Tais fatores são agravados pela pouca utilização de atividades preventivas, pela fragmentação da atenção e pela centralização do diagnóstico da TB em uma única UBS, dificultando o acesso ao tratamento. | Heufemann NEC, Gonçalves MJF, Garnelo ML. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. ACTA Amazônica [periódico na internet] 2013 [acesso em 2013 jul. 28]; 43(1) [aprox. 10p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/aa/v43n1/v43n1a05.pdf. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| A3 | Descrever as características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas dos casos de tuberculose notificados na população indígena do Município de São Gabriel de Cachoeira, Estado do Amazonas, Brasil, e identificar fatores associados ao óbito durante o tratamento; e estimar a prevalência de infecção latente por tuberculose e fatores associados e obter informações sobre o itinerário terapêutico e a percepção acerca do adoecimento dos indígenas do Distrito de Iauaretê | A prevalência de infecção tuberculosa e doença ativa nessa população foi elevada. As estratégias de controle tiveram resultados positivos, com redução na incidência em tempos recentes. | Rios DPG, Malacarne J, Alves LCC, Sant'ana CC, Camacho LAB, Basta PC. Tuberculose em indígenas da Amazônia brasileira: estudo epidemiológico na região do Alto Rio Negro. Revista Panam Salud Publica [periódico na internet] 2013 [acesso em 2013 jul. 28]; 33(1) [aprox.. 7p.]. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n1/a04v33n1.pdf |

**Categoria 1. A tuberculose e a atenção a saúde na população rural indígena.**

No estudo A1, que teve por objetivo descrever a situação da tuberculose no Município de São Gabriel da Cachoeira, Estado do Amazonas, Brasil, no período de 1997 a 2002, identificou que a tuberculose é uma doença endêmica no Estado do Amazonas, Brasil. Os autores descrevem que segundo dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), o coeficiente estadual de incidência superou a média nacional entre 1995 e 2004, apresentando uma distribuição geográfica desigual. As taxas mais altas atingem os municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Tabatinga, que têm elevados contingentes indígenas. O artigo apresenta que a rede de assistência à saúde indígena de São Gabriel da Cachoeira é formada pelo hospital militar e pelas unidades da Secretaria Municipal de Saúde. Nas aldeias o atendimento é realizado pelas equipes do Distrito Sanitário Especial Indígena, por intermédio de postos comunitários e de 15 pólos-base. Fizeram parte do estudo, 494 pacientes residentes em São Gabriel da Cachoeira ou Santa Isabel do Rio Negro pertencendo à etnia Yanomámi, da região urbana e rural, e foram identificados o sexo, idade, forma clínica da tuberculose e procedência. Os autores justificam a pesquisa apresentando dados de incidência de tuberculose no local em que foi realizado a pesquisa, no período de 1997 a 2002 a incidência foi de 277,84/100 mil e a área rural foi a mais afetada, com 80,82% dos casos. O estudo identificou que a ocorrência de tuberculose foi maior entre homens, o sexo masculino chegou a 60% na área urbana e 57% na rural. Entre as mulheres, a ocorrência foi

4,6 vezes maior na área rural que na urbana. Com relação à idade, o maior coeficiente foi acima de 50 anos, na área rural, seguido das faixas de 0 a 4 anos/rural, 15 a 49 anos/rural e acima de 50 anos/urbana. Com relação a área rural, a sub-região que mais se apresentou número de casos foi Yanomámi, correspondendo a 23,32%. Entretanto, no ano de 2002, essa mesma área com apenas 3,9% dos habitantes, notificou 31% dos casos. A pesquisa, igualmente, identificou subnotificação pela inconsistência identificada no SINAN em relação às fichas e prontuários da Secretaria Municipal de Saúde. A pesquisa identificou que 19,4% dos pacientes diagnosticados e tratados não constavam no banco estadual. Os autores buscam justificar a ocorrência da tuberculose na área rural e descrevem que o número de casos totais não eram identificados. O perfil encontrado pela pesquisa aponta para a dinâmica de organização e a capacidade diagnóstica dos serviços do que a própria distribuição do agravo na população, e o fato da doença estar com incidência mais elevada em indivíduos com mais de 50 anos está associado ao crescimento dessa faixa etária, às condições de vida e acesso aos serviços de saúde. No estudo A2 foi identificado que no conjunto das notificações os casos novos predominaram entre homens (com 104 em 170 casos ou 61,2% das notificações) gerando uma razão masculino/feminino de 1,6. A desproporção entre os sexos se manteve na comparação de área urbana e rural, com taxas de incidência de 32,6/100.000 (homens urbanos) e 11,4/100.000 habitantes (homens de área rural). Já as mulheres tiveram 21,3/100.0000 e 7,4/100.0000, respectivamente. Quanto a idade, a maior incidência se deu em homens maiores de 60 anos de área urbana, seguido das faixas etárias de 40 a 59 anos. Ressalte-se ausência de casos notificados entre zero e nove anos, e apenas 36 casos em indivíduos de 10 a 19 anos a taxa de analfabetos era de 31,5%, entre maiores de 15 anos. O estudo apresentou que na avaliação da dimensão contexto organizacional os indicadores selecionados, mostraram que as ações de controle da TB restringem-se à sede do município, sem programação, metas ou estratégias dirigidas a área rural. A implantação incipiente desta dimensão foi reforçada pelo não reconhecimento, em 50% das equipes de saúde da família, do Tratamento Diretamente Observado (TDO) como parte da rotina da unidade de saúde. Dentre os que reconheciam a importância do TDO, metade deles relatou não acompanhar nenhum paciente nessa modalidade de tratamento. Em relação ao acesso do usuário da zona rural, mostra-se dificultado pelas características amazônicas; em alguns casos, a pessoa precisa percorrer, viajando em pequenos barcos durante vários dias, cerca de 51km para chegar ao atendimento na cidade. Outra característica da população rural, que surpreendeu neste estudo, refere-se a concentração das notificações, que comportam cerca de 1/3 da taxa de incidência de TB, sendo que há maior abandono do tratamento entre homens na área rural. O estudo identificou que Coari apresenta baixa proporção de população ocupada, além de elevada migração rural-urbana de pessoas com baixos índices de escolaridade. As instalações sanitárias também tem baixo percentual de utilização nos domicílios, em comparação a média do estado e do pais. Esse contexto gera um cenário favorável a disseminação da TB. O artigo demonstrou que o controle da TB em Coari é de baixa

prioridade no sistema de saúde. Fatores como pouca atividade preventista e centralização do diagnóstico de TB em uma única UBS dificulta o acesso ao tratamento. O estudo sugere que adoção de medidas como maior integração de ações programativas na atenção básica, ampliação dos recursos diagnósticos, uso de inteligência epidemiológica para monitoramento de ações, capacitação de recursos humanos, interiorização das ações de saúde, estímulo de trabalho intersetorial e reorganização da rede de saúde são fundamental importância para prevenção e tratamento de TB, com um cuidado efetivo. No estudo A3 foi identificado que a forma mais frequente de TB foi a clínica pulmonar (85,8%). Houve maior concentração de casos em homens (57%), em maiores de 45 anos (37,6%), em pessoas sem escolaridade (42,7%) e na área rural (76,9%). Foi identificado que com exceção da radiografia de tórax, que foi registrada em 78,0% dos casos, a maioria dos exames complementares de diagnóstico foi subutilizada. O percentual de positividade das baciloscopias de escarro foi 49,5% e 33,3% nos maiores e menores de 15 anos, respectivamente. O regime de tratamento supervisionado foi informado em 15,5% dos casos. Foram avaliados 184 indígenas no estudo. A média de idade foi de 41,2 anos e 31 indivíduos tinham menos de 15 anos. Houve predomínio de mulheres (52,2%), de sujeitos que informaram como grau de instrução pelo menos o ensino fundamental incompleto (86,8%), renda mensal maior ou igual a um salário mínimo (60,4%) e residência em domicílio com seis ou mais indivíduos (57,2%). O artigo descreve a análise dos casos de tuberculose notificados em indígenas em São Gabriel da Cachoeira, a qual confirmou coeficientes de incidência e de mortalidade elevados, porém decrescentes ao longo do período. O estudo transversal no Distrito de Iauaretê revelou ainda que, independentemente da idade e da situação vacinal, o risco de infecção tuberculosa e doença ativa nessa população foi elevado. Apesar de as imagens radiológicas não serem conclusivas, o grande número de alterações sugestivas, tanto de sequelas como de lesões ativas de tuberculose, confirma a importância da enfermidade na região. Foi identificado no estudo que o cenário encontrado em Iauaretê mostrou-se propício para disseminação de *M. tuberculosis*. Em geral, as habitações investigadas eram pequenas e mal ventiladas, o número de moradores por domicílio elevado e a renda mensal baixa, coerente com a associação entre tuberculose e precárias condições de vida. Alguns autores trazem que a grande diferença observada nos indicadores de incidência de mortalidade entre os indígenas e não indígenas está associada à pobreza, à falta de acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento e ao uso frequente de álcool, ao desemprego. A presença de déficit nutricional, parasitoses intestinais, doenças autoimunes, fatores imunológicos e genéticos também podem interferir na suscetibilidade da doença.

## CONCLUSÃO

São poucas as produções existentes que expõem o tema relacionando tuberculose em população rural. Dos poucos estudos encontrados, todos são da mesma região (Estado do Amazonas), demonstrando então, a falta de estudos relacionados ao tema nas diversas

regiões do país. Fazendo uma relação entre esses estudos encontrados fica evidente que a maioria dos casos de TB são em homens, com mais de 45 anos, sem escolaridade e advindos da população rural. O acesso do usuário na zona rural é dificultado, pois as ações de controle restringem-se à sede do município, sem metas dirigidas para a zona rural. Adoção de medidas estratégicas que integrem ações programativas na atenção básica, interiorização das ações de saúde e reorganização da rede de saúde são de fundamental importância para que não haja agravamento da TB e também, de outras doenças.

**ÁREA TEMÁTICA:** Gestão

**REFERÊNCIAS:**

1. Rodrigues, ILA; Motta, MCS; Ferreira, MA. Representações sociais de enfermeiros sobre o portador de tuberculose. Acta Paul Enferm. [periódico ne internet] 2013 [acesso em 2013 jul. 30]; 26(2) [aprox.. 5p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a11.pdf

2. Rogerio WP, Baraona CMO, Prado TN, Lacerda TC, Carlesso GF, Maciel ELN. Prevalência de infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis entre estudantes da área da saúde de uma universidade pública em Vitória, ES, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiv. [periódico na internet] 2013 [acesso em 2013 jul. 30]; 18(5) [aprox. 8p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/18.pdf

3. Teixeira EC, Costa JS. O impacto das condições de vida e da educação sobre a incidência de tuberculose no Brasil. Revista de Economia [periódico na internet] 2011 [acesso em 2013 jul. 30]; 37(2) [aprox. 20p.]. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/economia/article/view/27241/18147

4. Gomes KO, Cotta RMM, Euclydes MP, Targueta CL, Priore SE, Franceschini SCC. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. Ciênc. Saúde Coletiv. [periódico na internet] 2009 [acesso em 2013 jul. 30]; 14(1) [aprox. 9p.]. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14s1/a20v14s1.pdf

5. Alencar NA, Aragão JCB, Ferreira MS, Dantas EHM. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [periódico na internet] 2010 [acesso em 2013 jul. 30]; 13(1) [aprox. 6p.]. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n1/v13n1a11.pdf

6. Minayo MC, Sanches O**.** Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Públ. [peródico na internet] 1993 [acesso em 2013 jul. 30]; 9(3) [aprox. 20p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf

7. Cordeiro AM, Oliveira GM, Rentería JM, Guimarães CA. Grupo de Estudo de Revisão Sistemática do Rio de Janeiro (GERS-Rio). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Rev. Col. Bras. Cir. [periódico na internet] 2007 [acesso em 2013 jul. 30]; 34(6) [aprox. 10p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf

8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ªed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2010.

9. Rother ET. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. Acta Paul Enferm [periódico na internet] 2007 [acesso em 2013 jul. 30]; 2(sn) [aprox. 8p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf

# POSSIBILIDADES DE UTILIZAÇÃO DO COACHING NA ENFERMAGEM

# POSSIBILITIES OF COACHING UTILIZATION IN NURSING

# POSIBILIDADES DE USO DE COACHING EN ENFERMERÍA

MACHADO, Bruna Parnov[1]
LIMA, Suzinara Beatriz Soares de[2]
TONINI, Tanise Finamor Ferreira[3]
MENEZES, Francislene Lopes[4]

1 Enfermeira. Mestre. Coordenadora adjunta e docente do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de santa Maria. E-mail: bruninha_pmachado@hotmail.com
2 Enfermeira. Doutora. Diretora de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria, docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
3 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria.
4 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria.

**RESUMO:** Objetivou-se caracterizar as publicações sobre coaching na área da Enfermagem e analisar como esse está sendo utilizado pela Enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, qualitativa e descritiva, realizada nas bases: Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Eletronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e National Library of Medicine (MEDLINE). Utilizou-se a análise de conteúdo para a construção das categorias: Coaching na Gestão em Enfermagem, Coaching no Cuidado e Educação em Saúde para Pacientes e Coaching no Processo de Desenvolvimento de Pessoas. Identificou-se que o coaching é utilizado na enfermagem, com predominância internacional, principalmente na gestão de pessoas, educação em saúde e desenvolvimento da prática clínica. No entanto, é necessário o aprofundamento de estudos sobre coaching em variados contextos. Assim, ressalta-se a importância da realização de pesquisas sobre coaching na realidade brasileira.

**DESCRITORES:** Enfermagem, Gestão em Saúde, Gerência, Administração de Recursos Humanos.

**ABSTRACT:** This study aimed to characterize the publications about coaching in nursing field and analyze how coaching is being used by nursing. It is an integrative literature review, qualitative and descriptive, realized in the databases Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Eletronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) and National Library of Medicine (MEDLINE). Was used the content analysis to construct the categories: Coaching in

Nursing Management, Coaching in Care and Healthcare Education for Pacients and Coaching in Development Staff Process. Was identify thay coaching is used in nursing with international predominance, mostly in staff management, healthcare education and development of clinical practice. However is need to deepen studies about coaching in different settings. Therefore, emphasizes the importance of develop research about coaching in the Brazilian reality.

***DESCRIPTORS:*** Nursing; Health Management; Management; Personnel Management

**RESUMEN:** El estudio tuvo como objetivo caracterizar las publicaciones sobre el coaching en el ámbito de la enfermería y analizar cómo está siendo utilizado en esta área. Se trata de una revisión integradora de literatura cualitativa y descriptiva, realizada en las bases: Banco de Datos de Enfermería (BDENF), Scientific Eletronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde y National Library of Medicine (Lilacs). Fue utilizado el análisis de contenido para construir las categorías: Coaching en Gestión de Enfermería, Coaching en la atención y educación en salud para pacientes y Coaching en el proceso de desarrollo de personas. Se identificó que el coaching es usado en la enfermería con predominancia internacional, principalmente en la gestión de personas, educación en salud y desarrollo de la práctica clínica. Sin embargo, es necesario profundizar los estudios sobre el coaching en diferentes contextos.

**DESCRIPTORES:** Enfermería; Gestión en Salud; Gerencia; Administración de Recursos Humanos

## INTRODUÇÃO

Etimologicamente coaching vem de coach, uma palavra antiga de origem francesa, que significa o meio de transporte de uma pessoa de um lugar para outro. Carruagens cobertas chamadas *"koczi"* eram utilizadas para proteger seus habitantes das intempéries regionais ao serem transportados de um lugar para outro, também compartilha um ancestral comum com o verbo em inglês *"coax",* que significa persuadir, induzir, treinar, ensinar, instruir, preparar[1]. Atrelado ao conceito de liderança, o coaching relaciona-se à capacidade essencial de liderança em equipe, em que o líder e o liderado formam uma parceria para identificar e alcançar as metas, com foco em contribuir para a melhoria do desempenho pessoal e profissional do liderado[2]. Muitas são as definições e conceitos designados para o processo de coaching, entretanto dentre as várias perspectivas adotadas, os pontos comuns estão ligados ao desenvolvimento de um "insigth" pessoal ou grupal, um desempenho relativo a metas específicas, apoio e encorajamento, experimento e uso eficiente da capacidade de questionar ou interrogar[3]. Apesar de ser bastante difundido internacional e nacionalmente, nas áreas de administração executiva e esportiva, o coaching, na enfermagem, ainda possui poucos estudos científicos e publicações a respeito. Em relação à incorporação em

organizações de saúde, o coaching passa a constituir uma ferramenta indispensável para a autocorreção do comportamento e aprendizado, e os coaches traduzem-se como elementos necessários à sua instituição[4]. A presente revisão teve como objetivo geral identificar na literatura nacional e internacional o que está sendo produzido acerca do processo coaching na área da Enfermagem. Ainda, especificamente, caracterizar as publicações e analisar como o coaching está sendo utilizado pela Enfermagem.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão de literatura, de natureza qualitativa e com abordagem descritiva. Foram realizadas buscas nas bases de dados BDENF, Scielo, LILACS e MEDLINE, durante o mês de junho de 2011. Para tanto, realizou-se uma consulta ao DECS (Descritores em Ciências da Saúde), no entanto não estava contida a palavra coaching. Dessa forma, optou-se pela utilização das Palavras-chave: Enfermagem, coaching, com o operador booleano and, como forma de captar um número mais abrange de publicações. Na BDENF, foram encontradas 0 publicações, na Scielo foi encontrada 1 publicação, na Lilacs foi encontradas 1 publicação e na MEDLINE foram encontradas 245 publicações. Em vista disso, optou-se que o processo de organização e de análise dos dados fosse dividido em duas etapas: caracterização e análise temática. Com base nessa sistematização, foram selecionados 119 textos a partir da amostra de 247. Foram incluídas publicações, de todas as naturezas, a partir do ano 2000, visto o crescente número de publicações sobre a temática a partir dessa data e, excluídas as que apresentavam fuga aos objetivos propostos. Assim, os dados da primeira etapa foram organizados com um auxílio de um instrumento composto por: título, autores, ano de publicação, periódico, país de origem, país de publicação, idioma e disponibilidade do resumo e do texto completo online. Na segunda etapa, foi realizada a seleção das publicações que constituíram o corpus de análise, totalizando 44 artigos. Aplicaram-se os critérios de inclusão: estar na modalidade artigo científico, possuir texto completo de livre acesso online, nos idiomas português, inglês e espanhol, com o recorte temporal 2000-2011. Foram excluídos: textos de outras naturezas, que não a científica, editoriais, resenhas, teses, dissertações e monografias. Os resultados desse segundo momento foram organizados em um quadro sinóptico, seguindo os componentes: título, ano, objetivo, abordagem do coaching e principais conclusões. Para a análise, utilizou-se como referencial metodológico a análise de conteúdo de Bardin[5].

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O ano de publicação, no qual houve um maior número de publicações foi o ano de 2010, seguido pelo ano de 2009. No entanto, até o mês de junho de 2011, já haviam 12 artigos publicados. Esse número pode representar que as publicações, nesse mesmo, ano tendem a superar a de todos os anos anteriores. O país de origem com maior número de publicações foi os Estados Unidos com 73 (setenta e três), seguido pela Inglaterra com 16 (dezesseis) e Austrália com 7 (sete), o Brasil obteve apenas 1 (uma). Em relação aos países em que

foram publicados os estudos, novamente, os Estados Unidos aparecem em primeiro lugar com 79 (setenta e nove), a Inglaterra em segundo com 19 (dezenove) e a Alemanha em terceiro com 6 (seis) publicações, o Brasil publicou apenas 1 (uma). A respeito do idioma foram encontrados textos em Inglês 109 (cento e nove), Alemão 6 (seis), Francês 1 (uma), Japonês 1 (uma), Espanhol 1 (uma) e Português 1 (uma). Foram encontrados textos publicados em 75 periódicos distintos, sendo que os que continham maior número de publicações foram: Beginnings com 6 (seis), Creative Nursing com 6 (seis), Journal of Nursing Administration 5 (cinco), Nursing Administration Quartly 5 (cinco), o único periódico brasileiro com publicações sobre o tema foi a Revista da Enfermagem da USP 1 (uma). Das 119 (cento e dezenove) publicações caracterizadas, apenas 77 (setenta e sete) possuíam o texto completo com livre acesso e disponibilidade online.

**3.1 Coaching na Gestão em Enfermagem**

Foi possível identificar que o Coaching foi utilizado como uma ferramenta para melhorar aspectos da gestão em Enfermagem. Dentre esses: na gestão de conflitos, no desenvolvimento de competências gerenciais, na preparação de líderes, na capacitação de membros da equipe de enfermagem, para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos pacientes, na diminuição do stress dos enfermeiros, na gestão de pessoas de diferentes gerações no local de trabalho e para a avaliação da dor em pediatria.

**3.2 Coaching no Cuidado e Educação em Saúde para Pacientes**

Os estudos relatam o coaching, direcionado para a educação em saúde para pacientes sendo realizado pelos próprios Enfermeiros, tanto no ambiente hospitalar, quanto no ambiente domiciliar e ambulatorial, de maneira presencial e também virtual por meio de gravações e vídeo. Nesses tipos de intervenções, aparece o conceito "Health coaching", que é uma denominação utilizada para designar a aplicação dos processos de coaching na área da saúde em prol da prevenção e reabilitação de pacientes. Os exemplos mais citados pelas publicações foram o uso do coaching para: o manejo da dor em pacientes com câncer e para pacientes com doenças crônicas, como diabetes tipo 2, doenças cardíacas. O coaching também foi utilizado para promover o bem estar em pacientes com fibromialgia, idosos com osteoartrite e pessoas com incontinência urinária.

**3.3 Coaching no Processo de Desenvolvimento de Pessoas**

O coaching é considerado uma estratégia de sucesso ao estabelecer metas e planos para o desenvolvimento da equipe. Sessões de grupo com enfermeiras gerentes demonstraram ser benéficas, pois ajudaram as aprendizes a compartilhar diferentes perspectivas para o mesmo problema[6]. Na perspectiva do processo de coaching, um ambiente efetivo de aprendizagem é onde todos os integrantes da equipe são aprendizes e trabalham para o desenvolvimento pessoal e para o insight coletivo para aprimorar a pratica. Além disso, mentoring, coaching e ações de aprendizagem podem ser estratégias a serem utilizadas para atigir esses objetivos[7]. As publicações apresentaram também estudos que direcionam para o uso do coaching na formação de novos enfermeiros e também para o desenvolvimento da prática clínica e de aprendizagem para os trabalhadores.

**CONCLUSÃO**

Ao término do estudo pode-se considerar que o coaching tem variadas possibilidades de utilização na Enfermagem. As pesquisas em relação ao tema possuem predominância internacional e estão relacionadas principalmente à gestão de pessoas, educação em saúde e desenvolvimento da prática clínica. Portanto, ressalta-se a importância da realização de pesquisas sobre coaching na realidade brasileira, visto que os resultados encontrados em outros países demonstram ser essa uma ferramenta benéfica no cotidiano laboral do enfermeiro.

**ÁREA TEMÁTICA:** Gestão

**REFERÊNCIAS**

1.Stern LR. Executive Coaching: A Working Definition. Consulting Psychology Journal: Practice and Research. 2004 Abr; 56(3):154-162.

2. Araújo K, Ferreira MAA. O exercício da liderança por meio do estilo coaching na gestão de equipes. Rev. Administração em Diálogo, 2009 Fev; 13(2):47-72.

3. Clutterbuck D. Coaching Eficaz: como orientar sua equipe para potencializar resultados. 1ª ed. São Paulo: Gente, 2008, 307p.

4. Cardoso MLAP. Liderança coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro líder no contexto hospitalar. 2006, 104p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

5. Bardin L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

6. DeCampli P, Kirby KK; Baldwin C. Beyond the classroom to coaching: preparing new nurse managers. Crit Care Nurs Q. 2010 Abr-Jun;33(2):132-7.

7. Nash S, Scammell J. How to use coaching and action learning to support mentors in the workplace. Nurs Times. 2010 Jan 26-Feb 1;106(3):20-3.

# AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO ACESSO E LONGITUDINALIDADE ATRAVÉS DO ISNTRUMENTO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL

# EVALUATION OF ATTRIBUTE ACCESS AND LONGITUDINALITY THROUGH THE ISNTRUMENT PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL

# EVALUACIÓN DE ACCESO ATRIBUTOS Y LONGITUDINALIDAD A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL

KINALSKI, Daniela Dal Forno[1]
PAULA, Cristiane Cardoso de[2]
NASCIMENTO, Leticia do[3]
BOHRER, Clarissa da Silva[4]
ANTUNES, Bibiana Sale[5]
KLEINUBING, Raquel Einloft[6]

Enfermeira, Relatora, Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Email:daniela.kinalski@gmail.com
2 Enfermeira Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
3 Enfermeira Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Maria.
4 Enfermeira Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Maria.
5 Enfermeira Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Maria.
6 Enfermeira Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Maria.

**RESUMO:** Objetivo: Avaliar os atributo Acesso de Primeiro contato e Longitudinalidade, em artigos de pesquisas de avaliação da atenção primária à saúde que utilizaram o instrumento PCATool. Método: trata-se de estudo de revisão integrativa desenvolvido nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCOPUS, com a estratégia de buscas "PCATool" *or* "PCATool-Brasil" [Palavra] *or* "Primary Care Assessment Tool" [Descritor de assunto]. O *corpus* de pesquisa incluiu trinta e quatro estudos. Este estudo trata-se de um recorte do Trabalho de Conclusão de Curso: "Avaliação da Atenção Primaria à Saúde: Revisão de evidências do Primary Care Assessment Tool". Resultados: Na análise do atributo **acesso**, identificou-se maior acesso no serviço de atenção primária quando comparado ao serviço

de especialidades. Quando comparado serviço Público e Privado, esse último obteve maior pontuação no PCATool, devido principalmente a acessibilidade no cenário exterior. No Brasil, foi evidenciado maior acesso ao serviço público. Os resultados mostraram que nem todos os usuários buscam atendimento na APS como primeira opção e revelam dificuldades de acesso rápido aos serviços de APS. Assim, os estudos apontaram este atributo como ponto de estrangulamento do sistema. Na análise do atributo **Longitudinalidade**, destacou-se a variável vínculo e identificou-se claramente que se fez mais presente na ESF quando comparadas as UBS. Evidenciou-se maior vínculo no serviço de atenção primária quando comparado ao serviço de especialidades, bem como quando comparado serviço Público e Privado. Conclusão: O acesso, em especial, a acessibilidade, continua um nó critico no nosso sistema de saúde, embora sua melhoria tenha sido uma das principais conquistas da ESF nos últimos anos. Na análise do atributo Longitudinalidade, destacou-se a variável vínculo e identificou-se claramente que se fez mais presente na ESF quando comparadas as UBS.

**ABSTRACT:** Objective: To evaluate the attribute access of First Contact and longitudinality in research articles evaluation of primary health care that used the tool PCATool. Method: This study was developed in an integrative review LILACS, SCOPUS and PubMed with the search strategy "PCATool" or "PCATool-Brazil" [Word] or "Primary Care Assessment Tool" [Subject descriptor] . The research corpus included thirty-four studies. This study deals with a cutout of Labor Completion of course: "Evaluation of the Primary Health Care: A review of evidence of the Primary Care Assessment Tool." Results: Analysis of attribute access, we identified greater access to primary care service when compared to service specialties. When comparing public and private service, the latter scored highest in PCATool, mainly due to accessibility in outdoor setting. In Brazil, evidenced greater access to public service. The results showed that not all users seek care in PHC as first choice and reveal difficulties quick access to PHC services. Thus, the studies pointed this attribute as the bottleneck of the system. In the analysis of the attribute longitudinality highlighted the variable bond and identified clearly became more present in the ESF compared to UBS. A higher bond service in primary care when compared to service specialties and compared public and private service. Conclusion: Access, in particular, accessibility, a node remains critical in our health care system, although their improvement has been one of the main achievements of the ESF in recent years. In the analysis of the attribute longitudinality highlighted the variable bond and identified clearly became more present in the FHS compared the UBS.

**RESUMEN:** Evaluar el acceso a los atributos de Primer Contacto y longitudinalidad en los artículos de investigación Evaluación de la atención primaria de la salud que utiliza el PCATool herramienta. Método: El estudio fue desarrollado en una integración LILACS revisión, o "Herramienta de Evaluación de Atención Primaria" SCOPUS y PubMed con la

estrategia de búsqueda "PCATool" o "PCATool-Brasil" [Word] [Descriptor de asunto] . El corpus de investigación incluyó treinta y cuatro estudios. Este estudio trata de un recorte de la terminación del Trabajo de curso: "Evaluación de la Atención Primaria de Salud: Una revisión de la evidencia de la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria". Resultados: El análisis de acceso a los atributos, se identificaron un mayor acceso a servicios de atención primaria en comparación con las especialidades de servicio. Al comparar los servicios públicos y privados, este último obtuvo la mayor puntuación en PCATool, debido principalmente a la accesibilidad en el escenario al aire libre. En Brasil, se evidencia un mayor acceso a la función pública. Los resultados mostraron que no todos los usuarios buscan atención en la APS como primera elección y revelan dificultades acceso rápido a los servicios de atención primaria de salud. Por lo tanto, los estudios señalaron este atributo como el cuello de botella del sistema. En el análisis de la longitudinalidad atributo resaltado el vínculo variable y claramente identificados se hizo más presente en el FSE en comparación con UBS. Hay un servicio de enlace mayor en atención primaria, en comparación con las especialidades de servicios y se compara el servicio público y privado. Conclusión: El acceso, en particular, la accesibilidad, un nodo sigue siendo crítica en nuestro sistema de salud, a pesar de su mejora ha sido uno de los principales logros del FSE en los últimos años. En el análisis de la longitudinalidad atributo resaltado el vínculo variable y claramente identificados se hizo más presente en el FHS comparó la UBS

**DESCRITORES:** PCATool; *or* “PCATool-Brasil” [Palavra] ; *or* “Primary Care Assessment Tool”.
**DESCRIPTORS:** PCATool; *or* " PCATool-Brasil [Word]; *or* " Primary Care Assessment Tool ".
**DESCRIPTORES:** PCATool; *or* " PCATool-Brazil [Palabra]", *or* “Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria".

## INTRODUÇÃO

Desde a conferência de Alma-Ata em 1978, diversos autores vêm propondo definições sobre a Atenção Primária á Saúde[1]. Nos últimos anos, a definição da APS defendida por Starfield[2], vem sendo amplamente utilizada, inclusive pelo Ministério da Saúde do Brasil[3]. Em consonância com as diretrizes do SUS, a Atenção Primária á Saúde é caracterizada como uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços de acordo às necessidades de saúde da população. Esse enfoque agrega como valores a busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito de saúde amplo[4,5]. Em sua forma mais avançada, a Atenção Primária á Saúde é a porta de entrada ao sistema de saúde, responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo[6,7]. Os estudos demonstram que

a Atenção Primária á Saúde tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde[7]. Inclui serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados mais abrangentes; considerando o contexto de vida; muitas vezes, influenciando as respostas das pessoas, suas necessidades de saúde. A Atenção Primária á Saúde é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, esta, apresenta atributos essenciais e derivados. Os atributos são elementos estruturantes indivisíveis e complementares que qualificam as ações dos serviços de Atenção Primária á Saúde. São classificados primeiramente em atributos essenciais que são quatro: – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação da assistência no sistema de saúde – e três atributos derivados – atenção centrada na família, orientação comunitária das ações e competência cultural dos profissionais[3]. No acesso, a população tem um serviço de saúde que responde a cada problema ou necessidade em saúde. Na longitudinalidade, o cuidado deve ser personalizado ao longo do tempo. Na integralidade, tem-se a capacidade de lidar com todos os problemas de saúde, seja resolvendo, seja referindo ao serviço mais adequado. Na coordenação, remete a capacidade de coordenar as respostas às diversas necessidades que uma abordagem integral identifica, seja em equipe multidisciplinar, seja a atenção que os usuários recebem nos diversos pontos da rede de atenção. Esses atributos são complementados por características que deles derivam: orientação familiar, abordagem comunitária e competência cultural[8]. Com base nestes atributos, é possível determinar se os sistemas de saúde são ou não orientados à Atenção Primária á Saúde, ou seja, a presença e extensão desses atributos promovem melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, menores custos e maior equidade[8]. No Brasil, a Atenção Primária á Saúde é definida como o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social[9]. Entende-se que a efetivação da Atenção Primária á Saúde se dá por meio dos seus atributos norteadores, denominados de atributos essenciais e derivados[2,3]. Desta forma, um serviço de Atenção Primária á Saúde pode ser considerado provedor da mesma, quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando o seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados, sendo capaz de promover a atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial da comunidade adscrita[10]. Um serviço de Atenção Primária á Saúde que não se responsabiliza para além da demanda espontânea é considerado incompleto no que se refere à magnitude de serviços oferecidos e sem a interação e complementação adequada dos outros níveis de atenção, não são caracterizados como estratégias de Atenção Primária á Saúde. Faz-se necessária uma avaliação rigorosa em diferenciar a Atenção Primária á Saúde da atenção mínima à saúde[11]. Neste sentido, a identificação empírica dos atributos da Atenção Primária á Saúde permite verificar a associação entre estes atributos e os resultados – a efetividade – da atenção sobre a saúde da população. Sendo que a avaliação minuciosa dessas iniciativas é essencial para a definição

de políticas públicas e privadas relacionadas à prática de Atenção Primária á Saúde[10,11]. Para avaliação da Atenção Primária á Saúde, esses atributos podem ser analisados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática. A partir dessa definição da Atenção Primária á Saúde, existem estratégias de avaliação e investigação dos serviços de saúde. Nesse sentido, desenvolveu-se um instrumento, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), que foi criado na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* (PCPC)[12] com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde[13]; Este questionário avalia o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da APS, a partir de respostas de profissionais (versão Profissionais), de gestores de saúde (versão Gestores), de usuários (versão Adulto) ou de cuidadores (versão Criança). No Brasil, este instrumento foi validado e aplicado em amostra de base populacional no município de Porto Alegre/RS/BR[10,11]. Foi adaptado e aplicado em usuários amostrados na rede de serviços do município de Petrópolis/RJ/BR[14]. O manual do instrumento foi elaborado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil[15]. Mediante a validação no Brasil, o grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) o denominou de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil)[15].Os instrumentos do PCATool consideram elementos de estrutura e processo, sendo cada um dos atributos da Atenção Primária á Saúde avaliados em ambas dimensões. Estes elementos de estrutura avaliados incluem acessibilidade, amplitude de serviços ofertados, definição da população assistida e continuidade do cuidado. Já os elementos de processo incluem os padrões de utilização dos serviços e o reconhecimento dos problemas de saúde[7,12,15]. Cria-se, a partir desta análise, um conjunto de escores de cada atributo que são consolidados em um escore global, este que caracteriza o grau de orientação do serviço para Atenção Primária á Saúde. Estas ferramentas foram validadas e de fato demonstraram sua capacidade de avaliar a qualidade do cuidado na Atenção Primária á Saúde oferecidos por serviços e sistemas de saúde em diversos contextos e cenários culturais[12]. Neste sentido, o PCATool se torna uma ferramenta que pode suprir a ausência de rigor em identificar e diferenciar os distintos modelos de atenção ambulatorial, assim, justificando o esforço científico na busca de evidências sobre a real efetividade da Atenção Primária á Saúde, com consequências importantes sobre a definição das políticas públicas. A inexistência de outros instrumentos validados e que também objetivem mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados de Atenção Primária á Saúde em diferentes serviços de saúde nacionais faz do PCATool um estudo de extrema importância. Assim, surge uma ferramenta que permita a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade. Pode ser utilizado em investigações acadêmicas, e na avaliação e monitoramento da qualidade da Atenção Primária á Saúde no âmbito rotineiro das equipes de Saúde da Família, assim como pelos diversos níveis de gestão da Atenção Primária á Saúde no Brasil, o que de fato é seu objetivo[16]. O PCATool-Brasil permite, por meio de entrevistas, aplicadas por entrevistadores devidamente treinados, identificar aspectos de estrutura e processo dos

serviços que exigem uma reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de Atenção Primária á Saúde, reafirmando o esforço na busca pela melhoria da atenção à saúde da população brasileira[16].

**OBJETIVO:** Este trabalho tem como objetivo principal avaliar os atributo Acesso de Primeiro contato e Longitudinalidade, em artigos de pesquisas de avaliação da atenção primária à saúde que utilizaram o instrumento PCATool.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada. Inclui a análise de pesquisas que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de futuros estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo[17]. Este trabalho é um recorte do Trabalho de Conclusão de curso, apresentado para obter o grau de Enfermeira, da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, o qual recebeu como titulo: "Avaliação da Atenção Primária á Saúde: Revisão de Evidências do Primary Care Assessment Tool", aprovado em agosto deste ano. Para a realização da revisão seguiu-se as etapas: identificação do tema, seleção da questão de pesquisa e definição dos objetivos, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, estabelecimento das informações a serem extraídas dos artigos, avaliação das evidências e análise (categorização), discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados[17]. A questão de pesquisa que guiou a revisão foi: Quais as pesquisas cientificas que utilizaram e aplicaram o instrumento PCATool na avaliação do atributo Acesso de Primeiro contato e Longitudinalidade? A busca bibliográfica foi desenvolvida nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *US National Library of Medicine* (PUBMED) e *The largest abstract and citations database of research literature and quality web sources* (SCOPUS), com a seguinte estratégia de busca: "PCATool" *or* "PCATool-Brasil" [Palavra] *or* "Primary Care Assessment Tool". O levantamento dos estudos ocorreu em janeiro de 2013. Para selecioná-los, foram estabelecidos os critérios de inclusão: artigos de pesquisas, disponíveis *online*, gratuito e na íntegra; nos idiomas em inglês, português ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. Foram inicialmente encontrados 149 estudos, dos quais 34 atenderam aos critérios de inclusão. Após leitura exaustiva dos estudos selecionados, foi preenchido um instrumento contendo: referência, país onde o estudo foi realizado, subárea do conhecimento, objetivo, população, cenário, delineamento do estudo, variáveis estudadas, tipo de análise e principais resultados do estudo. Para minimizar possível viés de aferição dos estudos (erro de interpretação dos resultados e do

delineamento), três pesquisadores realizaram a leitura dos artigos e preenchimento do instrumento de forma independente, os quais foram comparados, a fim de resolver divergências em relação à avaliação das publicações. Os estudos foram classificados de acordo com os sete níveis de evidências descritos por Melnyk e Fineout- Overloholt[18].

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A avaliação Atenção Primária á Saúde, atualmente, constitui um dos mecanismos de resposta às necessidades de saúde e informações dos gestores. Essa avaliação tem como propósito principal a redução de incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde para intervenção e aprimoramento daquilo que foi definido previamente[19]. Os modelos investigativos dos serviços de saúde estão se destacando como uma forma consistente de avaliação da Atenção Primária á Saúde. Todavia, o desafio atualmente consiste em desenvolver sistemas de avaliação para medir o desempenho em termos de qualidade, eficiência e equidade, no sentido que suas aferições sejam promotoras das melhorias dos serviços[20]. Diante disso, destaca-se o PCATool, o qual foi caracterizado como o único instrumento avaliativo que obteve bom desempenho e aceitação na avaliação dos atributos. Partindo do objetivo, o atributo Acesso de Primeiro contato do individuo com o sistema de saúde, é assim avaliado como a utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada nova situação/problema ou novo episódio de um novo problema de saúde, com exceção de urgências e emergências, que direciona os pacientes para outros níveis de atenção, e o atributo Longitudinalidade, se caracteriza como a fonte continuada de cuidado que deve ser utilizada ao longo do tempo. Este uso regular deve se refletir em uma relação que expresse a confiança entre os usuários e os profissionais de saúde. Partindo para a análise através dos resultados obtidos por meio das variáveis investigadas pelas produções científicas, foi possível alcançar evidências sobre esses atributos. O **acesso** de primeiro contato estava presente em 58,8% das publicações e contemplou as variáveis, porta de entrada, horário de funcionamento do serviço, tempo de espera para consulta, demanda hospitalar/emergência. Foi possível evidenciar maior acesso no serviço de atenção primária quando comparado ao serviço de especialidades. Nos estudos, quando era comparado o serviço Público e Privado, esse último obteve maior pontuação no PCATool, devido principalmente a acessibilidade no cenário exterior. Entretanto, no Brasil, foi evidenciado maior acesso ao serviço público. Os resultados mostraram que nem todos os usuários buscam atendimento na Atenção Primária á Saúde como primeira opção, mas que são cadastrados, o que remete diretamente ao agendamento de consultas tardias, ao horário de funcionamento do serviço, ao quantitativo de profissionais, ao tempo de espera para atendimento, aos problemas com transporte, e a distância entre o domicilio e o serviço de saúde. Em um estudo de Porto Alegre/Brasil, analisou-se que menos da metade da população amostrada na área de adscrição da Estratégia Saúde da Família referiu utilizar como serviço preferencial[18]. Outro estudo sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis/Brasil identificou que a proporção entre famílias atendidas e

equipes de Estratégia Saúde da Família não era respeitada e o acesso representava um problema para o sistema de saúde[15]. Convergente com a avaliação da implementação da Estratégia Saúde da Família em 10 grandes centros urbanos sob a ótica dos profissionais, gestores e usuários amostrados aleatoriamente[16]. Para os usuários o acesso foi descrito como problemático: entre 30 e 67% dos portadores de doenças crônicas, e ainda relataram não receber qualquer tipo de atendimento, de 12 a 20% dos que se relatavam hipertensos não tinham um acompanhamento continuo. Dificuldades com os profissionais também foram relatadas pela população[16]. Ainda na análise da acessibilidade, os resultados apontaram para as dificuldades de acesso rápido aos serviços de Atenção Primária á Saúde. Chama a atenção à dificuldade nos modelos de atenção quanto à obtenção de consulta e, principalmente na marcação em 24 horas. Embora as unidades de Atenção Primária á Saúde devessem estar próximas do local de moradia dos usuários e facilitar o acesso aos serviços de saúde, como porta de entrada preferencial, os resultados ainda revelam dificuldades consideráveis, o que poderia ter como consequência o redirecionamento da demanda para unidades de pronto-atendimento[17].Assim, os estudos apontaram este atributo como ponto de estrangulamento do sistema. Apesar disso, os resultados o indicam em constante aprimoramento na Atenção Primária á Saúde, especialmente na Estratégia Saúde da Família em que o melhor atendimento primário foi associado com a interação na comunidade. Além disso, a Atenção Primária á Saúde foi evidenciada como referência de fonte regular da atenção à saúde da criança. Daqueles que analisaram **longitudinalidade** (52,9%) contemplaram as variáveis vínculo, tempo de atendimento, escuta qualificada, postura profissional, satisfação com o serviço. Neste atributo, os estudos analisados destacaram a variável vínculo e evidenciaram que se fez mais presente na Estratégia Saúde da Família quando comparadas e as Unidades Básicas de Saúde. Evidenciou-se maior vínculo no serviço de atenção primária quando comparado ao serviço de especialidades, bem como quando comparado serviço Público e Privado. Dentre os elementos que concretizaram a avaliação do vínculo foram indicados: consultas com o mesmo fornecedor de serviço, mesmo médico, enfermeira, além da necessidades de conhecer a história clínica do paciente. Quanto ao tempo de atendimento, obteve-se a promoção de um atendimento de alta qualidade através de consultas mais longas e oferta de atendimento noturno. Quanto à escuta qualificada, indicou-se a necessidade de linguagem facilitadora de entendimento. A postura profissional enfatizou o cuidado médico do serviço primário, além dos demais profissionais do serviço que apresentam uma postura acolhedora independente de serem os responsáveis pelo atendimento em questão, bem como da satisfação com o serviço de alta qualidade. Identificou-se claramente que a Estratégia Saúde da Família tende a propiciar, de fato, uma mudança no modelo assistencial, de modo a valorizar o contexto de vida das pessoas e a inserção do sujeito na família e na comunidade, além de propiciar de fato uma saúde voltada a população e suas reais necessidades em saúde, educação e corresponsabilidades.

**CONCLUSÃO**

A avaliação dos serviços de saúde hoje em dia está centrada na relação entre as necessidades de saúde da população e o serviço prestado. A sua eficiência e efetividade produz dados confiáveis aos problemas de saúde da população e resulta na melhora de seu desempenho. Esse novo contexto de estudos está sendo visto como uma nova perspectiva e novos progressos. Utilizam-se teorias, conceitos, instrumentos das mais diversas áreas de conhecimento para indicar a efetividade de uma intervenção e dessa forma, contribuir na tomada de decisões para uma reorganização das ações avaliadas. O novo panorama, trazido pelo instrumento PCATool estabelece um elo entre essas necessidades e competências que devem ser identificadas para o melhor beneficio serviço/usuário. Conclui-se que as medidas avaliativas são essenciais para desempenhar um cuidado voltado para a assistência e a realidade conjunta. Este aponta perspectivas e novas formas para melhoria dessa assistência em saúde e para o desenvolvimento técnico-científico tanto para profissionais, usuários e gestores. Ressalta-se que avaliar os serviços e os modelos assistenciais culmina em afirmar que sistemas e serviços de saúde com maior orientação para os atributos definidores da Atenção Primária á Saúde apresentam populações com melhores desfechos de saúde e maior satisfação com cuidado recebido. Assim, a avaliação das evidências nos estudos que utilizaram o instrumento PCATool para analisar a acessibilidade da população, apontou que apesar da Estratégia Saúde da Família ter se destacado com melhores escores para uma saúde voltada para a população regrada aos princípios norteadores da Atenção Primária á Saúde, ainda há necessidade de investimentos no sistema de saúde para promover melhor atenção à população. O acesso, em especial, a acessibilidade, continua um nó critico no nosso sistema de saúde, embora sua melhoria tenha sido uma das principais conquistas da Estratégia Saúde da Família, e que a ela, tende a propiciar de fato uma maior relação, através do vinculo, com os usuários. O fruto desse trabalho torna-se uma ferramenta de aprendizado para aqueles que têm interesse para iniciativas que visam qualificar os profissionais de saúde, contribuindo na análise das principais deficiências na prática na saúde da população. Ressalto a importância de investimento em pesquisas a fim de implementar os resultados alcançados com este instrumento, a fim de assegurar a assistência e a proteção dos usuários desses serviços. Por fim, há a necessidade da abordagem dessa temática nas atividades de ensino na graduação, educação permanente em saúde, e até mesmo entre os cenários de estudo, pois profissionais e estudantes nada o quase nada sabem sobre essa temática. Apesar dos estudos avaliativos da Atenção Primária á Saúde no Brasil estarem crescendo extraordinariamente, sabemos que o futuro de hoje, está muitas vezes, em nós, acadêmicos, os quais somos responsáveis em aplicar o novo no atual cenário de saúde da população. Acredito que essa tecnologia em saúde poderá possibilitar para a assistência um enfoque do cuidado integral, afastando estigmas de uma suposta Atenção Primária á Saúde seletiva que foi atribuída nos primórdios da Estratégia Saúde da Família. Avaliar aponta a perspectiva de reconhecer caminhos que levam ao impacto de uma nova Atenção Primária á Saúde e sua qualificação.

**ÁREA TEMÁTICA:** Gestão.

**REFERÊNCIAS:**

1. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24(Sup1):S7-S27.

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

3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2010.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília**; Ministério da Saúde; 2006. 60p.

5. Takeda S. **A organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde**. In: Duncam, B. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidência. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

6. Vuori H. **Importance and relevance of primary health care**. In: General practice in perspective. [Acesso em 24/10/2012] Disponível em: http://www.fleshandbones.com/readingroom/pdf/584.pdf.

7. Starfield B. **Is primary-care essential?** Lancet, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, Out. 1994.

8. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States Int J Health Serv 2007;37(1):111-26.

9. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União, v. 204; 2011 Out 24, seção 1, p. 48-55.

10. Harzheim E, Starfiel B, Rajmil L, Dardet CA, Stein AT. Consistência interna e a confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública** 2006; 22(8):1649-59.

11. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG,Oliveira MMC, Pinto MEB. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil**. BMC Health Services** Research 2006, 6:156-63.

12. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001; 50:161-75.

13. Donabedian A. **Evaluating the Quality of Medical Care** 2005; 83(4):691-729.

14. Macinko J, Almeida C, Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health Policy Plan** 2007; 22(3):167-77.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 80 p.

16. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MMC, Trindade TG, Agostinho MR, Hauser L. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool – PCATool – Brasil**. Brasilia; Ministério da Saúde, 2010. [Acesso em: 05/11/2012]. Disponível em: http://200.214.130.35/dab/docs/publicacoes/geral/manualinstrumentoavaliacao.pdf

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

18. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.

19. Harzheim E, Dias VJP, Witt RR, Silveira TD, Kolling JHG, Fontanive P, Castro Filho ED. Telenursing in Primary Health Care: report of experience in Southern Brazil. **Studies in Health Technology and Informatics** 2009; 146:202-6.

20. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública** 2002; 18(Suppl):191-202.

# LIDERANÇA DO ENFERMEIRO EM SAÚDE COLETIVA

JAHNKE, Camille Staudt[1]
LIMA, Suzinara Beatriz Soares[2]

1 Relatora, enfermeira especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde e Residente da Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: camillejahnke@gmail.com
2 Enfª Drª Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – RS.

**RESUMO:** Este trabalho teve o intuito de analisar as publicações referentes à temática na literatura sobre liderança na enfermagem e desmembrou-se nos seguintes objetivos específicos: investigar fatores que influenciam na melhora da eficácia e na liderança no trabalho em saúde da família, apontar os desafios e perspectivas da liderança no contexto da enfermagem, analisar e comparar a evolução dos conceitos sobre liderança nesta área. Esse trabalho foi um estudo de revisão narrativa de literatura de caráter descritivo, realizado no período de janeiro a novembro de 2012. A busca de literatura foi realizada do mês de agosto a novembro de 2012, com as palavras-chaves "liderança, líder e Estratégia de Saúde da Família". Através da riqueza dos dados obtidos nesse trabalho foi possível observar que é necessário que a liderança da enfermagem sempre esteja em busca da resolutividade, qualidade e humanização dos serviços em ESF, afim que atinjam melhores seus objetivos.

**RESUMEN:** Este estudio tenido como objetivo analizar las publicaciones relacionadas con el tema en la literatura sobre el liderazgo en enfermería y desmembrado en los siguientes objetivos específicos: investigar los factores que influyen en la mejora de la eficacia y el liderazgo en la familia el trabajo en salud, destacando los retos y perspectivas liderazgo en el ámbito de la enfermería, analizar y comparar la evolución de los conceptos de liderazgo en esta área. Este trabajo es un estudio de revisión narrativa de la literatura de carácter descriptivo, realizado en el período enero-noviembre de 2012. Una búsqueda de la literatura se llevó a cabo del mes de agosto a noviembre de 2012, con las palabras clave "liderazgo, y el líder de la Estrategia Salud de la Familia." A través de la gran cantidad de datos obtenidos en este estudio se observó que es necesario que el liderazgo de la enfermería está siempre en busca de la resolución, la calidad y los servicios humanitarios en el ESF con el fin de alcanzar sus metas mejor.

**DESCRITORES:** Liderança; Líder; Estratégia de Saúde da Família (ESF).

**PALABRAS CLAVE:** Liderazgo; Líder; la estrategia de salud de la familia (ESF).

**INTRODUÇÃO**

A liderança em enfermagem é construída a partir de um novo paradigma, desenvolvida sobre a autoridade ou influência (e não sobre o poder), que por sua vez seria baseada no serviço e no cuidado, construídos pelo amor-doação. Isso cria um ambiente favorável ao cuidado. O líder na área de saúde tem a incumbência pela manutenção de um ambiente saudável por meio de relações harmoniosas entre os membros da equipe, o que, conseqüentemente, se refletirá na saúde dos pacientes (SOUZA; BARROSO, 2009). A partir do exposto acima elaborou-se a seguinte problemática: Quais os caminhos para melhorar a capacidade de liderança dos profissionais de enfermagem em Estratégia de Saúde da Família? Baseada neste questionamento desenvolveu-se um estudo em torno da liderança, a fim de que, esta reflexão se torne um subsídio, no sentido de contribuir para ampliar os conhecimentos nessa área e melhorar a capacidade de liderança do enfermeiro. A pesquisa teve como objetivo analisar as publicações referentes à temática na literatura, sobre liderança na enfermagem e desmembrou-se nos seguintes objetivos específicos: investigar fatores que influenciam na melhora da eficácia e na liderança no trabalho em saúde da família, apontar os desafios e perspectivas da liderança no contexto da enfermagem, analisar e comparar a evolução dos conceitos sobre liderança nesta área. Essa temática surgiu de maneira muito pertinente, ou seja, no transcorrer do curso de especialização, na experiência como enfermeira como também com contato com pesquisas e estudos ligado ao tema. Justifica-se o presente estudo, por considerar que as Estratégias de Saúde da Família necessitam utilizar treinamentos para o desenvolvimento no assunto abordado de forma que proporcione alternativas de expansão na sua profissão e melhore a comunicação entre líder e equipe. Para os enfermeiros, a liderança na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é vista como um exemplo e o líder necessitam ter uma imagem de confiança e compromisso com a equipe multiprofissional e com os usuários do serviço (MACHADO et al, 2011). A liderança do enfermeiro (a) está presente no planejamento dos cuidados, dos conflitos éticos, na capacidade de tomar decisões com rapidez e segurança como também saber lidar com questões de saúde-doença (OLIVEIRA, 2010). Conforme a pesquisa de Jonas; Rodrigues; Resck (2011), o enfermeiro gerencia o ESF porque pertence ao processo de cuidar e ele conhece mais o perfil epidemiológico da comunidade, detém mais conhecimento dos usuários e demanda do serviço, mas a gestão do processo do ESF deveria ser compartilhada (co-gestão), delegação de funções e co-responsabilidade, para não o sobrecarregar o trabalho do enfermeiro.

**METODOLOGIA**

Com o intuito de atingir aos objetivos propostos foi realizado um estudo de revisão narrativa de literatura de caráter descritivo. Segundo Rotter (2007), a revisão narrativa de literatura constitui basicamente na interpretação e análise crítica dos autores pesquisados artigos de revista impressa e/ou eletrônicas. A pesquisa foi realizada de janeiro a novembro de 2012 e com publicações a partir de 2007. No desenvolvimento deste estudo utilizou-se

como fonte de levantamento os banco de dados em acervos de bibliotecas de Santa Maria-RS (Universidade Federal de Santa Maria) (UFSM) e Faculdade Palotina (FAPAS), bem como livros, artigos de bibliotecas virtuais (Scielo) e google acadêmico, os quais dispõem de textos completos por meio de acesso gratuito. A busca de artigos e livros foi realizada de agosto a novembro de 2012. Foram utilizados na investigação de artigos indexados e livros os descritores: liderança, líder e estratégia de Saúde da Família. Como critérios de inclusão foram analisados os artigos e livros com base na: (1) qualidade da descrição de hipóteses/objetivos; (2) qualidade da descrição do tema a ser estudado; (3) caracterização da amostra incluída; (4) qualidade da descrição e discussão relacionadas à liderança do enfermeiro em ESF; (5) qualidade da descrição dos principais achados do estudo. Logo os principais autores evidenciados são: Bergamini (2006), Oliveira (2010), Jonas; Rodrigues; Resck (2011), Vincenzi; Girardi; Lucas (2010); Ribeiro; Santos; Meira (2006), Galvão Et al(1998) e Barcelos; Debertoli (2007). A interpretação e análise dos dados foram realizadas através dos conteúdos pesquisados sobre o tema que surgiram nos dados obtidos da coleta. O intuito da análise de informação foi para organizar um corpo de informações, de modo que possam ser extraídas algumas conclusões.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi construído um quadro com os estudos provenientes da pesquisa, após a coleta de dados e análise dos artigos e textos obtidos, descritos abaixo:

| AUTORES | TÍTULO DO ESTUDO | OBJETIVO DO ESTUDO | MATERIAL E MÉTODO | RESULTADO |
|---|---|---|---|---|
| Bergamini (2006). | O líder eficaz. | O livro examina o que mais recentemente tem sido difundido sobre o tema liderança | Pesquisa Bibliográfica. | O líder caracteriza-se por forte busca de responsabilidade, perfeição na tarefa, vigor, persistência na perseguição de seus objetivos, arrojo, autoconfiança, sensos de identidade pessoal, prontidão para absorver stress interpessoal e por fim habilidade para influenciar comportamentos. |
| | | | | |
| Oliveira (2010). | Gestão gerencial em saúde da Família. | A principal ênfase desta publicação tem por objetivo mostrar ao leitor | Pesquisa Bibliográfica | Acredita que é de grande importância a gestão gerencial e que a liderança é |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | como agir estrategicamente, a importânc ia da qualidade em saúde da família, planejamento em saúde, liderança e gestão corporativa | | um termo de muita complexidade, influenciada por diversos fatores sociais, morais e ambientais. |
| Jonas; Rodrigues; Resck (2011). | A função gerencial do enfermeiro na estratégia de saúde da família: limites e possibilidades. | O objetivo do estudo foi comprrender e analisar os limites e possibilidades do processo de trabalho gerencial do enfermeiro na equipe de PSF. | Pesquisa qualitativa com a utilização do referencial da dialética materialista. | A gerência participativa é a maneira mais adequada para a a administração dos serviços do SUS, visto que são organizados pela descentralização e pela participação. |
| (VICENZI; GIRARDI; LUCAS, 2010) | A liderança em saúde da família: um olhar na perspectiva das relações de poder. | O trabalho objetivou: analisar entrevistas de profissionais atuantes em Saúde da Família, buscando falas relacionadas à liderança dentro da equipe e analisando estes fragmentos através dos conceitos de relação de poder e liderança. | Pesquisa qualitativa e com entrevistas com roteiros semi-estruturados. | Este trabalho concluiu que há situação recorrente de repasse de papel de líder de determinados profissionais para outros, desviando para o enfermeiro ou ACS fluxos de poder que geram uma liderança inevitável e causada por omissão ou acomodação dos demais. Observou-se ainda a necessidade de mais estudos relacionando a equipe do PSF aos conceitos de relação de poder e liderança, bem como avaliar as ações do enfermeiros e ACS, definindo, assim, o verdadeiro papel de cada profissional |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | dentro da equipe. |
| RIBEIRO; SANTOS; MEIRA (2006) | Refletindo sobre liderança em Enfermagem | Este estudo refletiu sobre as diversas formas de liderança. | Estudo descritivo baseado em revisão de literatura de abordagem qualitativa | A liderança torna-se essencial na vida profissional do enfermeiro, pois estar apto para se comunicar claramente com o grupo, ser capaz de apontar soluções para conflitosa e ter iniciativa na tomada de decisões são atributos que garantem um desempenho satisfatório na arte de cuidar. |
| Galvão et al (1998). | Liderança situacional: estrutura de referência para o trabalho do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. | O objetivo deste estudo consistiu em identificar e analisar os comportamentos dos enfermeiros de unidade de internação cirúrgica, segundo relato do pessoal auxiliar, com vistas à possível utilização da Liderança Situaciona como estrutura de referência para o trabalho do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. | A coleta de dados foi realizada através da aplicação da técnica dos incidentes críticos. Pequisa realizada em 2 hospitais de São Paulo. | Baseada na análise dos dados pode inferir que a Liderança Situacional pode ser utilizada como estrutura teórica para fundamentar a habilidade de liderar do enfermeiro com vistas ao aprimoramento da qualidade da assistência de enfermeagem e do desenvolvimento do potencial do pessoal de enfermagem. |
| BARCELOS; DEBERTOLI (2007). | Liderana compartilhada: perfil, conhecimento e ações do enfermeiro no contexto hospitalar | O Trabalho objetivou identificar o perfil dos Enfermeiros gerentes na unidade hospitalar, descrever os conhecimentos dos mesmos sobre liderança e discutir as ações de | Estudo descritivo Exploratório | Demonstrou neste estudo que, uma pluralidade dos enfermeiros demonstraram conhecer as definições sobre liderança, assim como, as características e habilidades |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | liderança realizadas pelos enfermeiros | | fundamentais ao líder, destacando como vantagens do exercício da liderança a agregação da equipe rumo ao objetivo, obtenção de sucesso na realização das tarefas, maior proximidade e gratidão dos liderados, ser referência e obter maior confiança, beneficiando a relação entre enfermeiro e equipe. |

Quadro 1 – Artigos e livros nacionais sobre LIDERANÇA
Fonte: JAHNKE, C. S. Enfermeiro-líder em saúde da família, 2012.

A liderança em saúde da família para Oliveira (2010) é estratégica e o líder deve ter capacidade de influenciar pessoas a cooperaram espontaneamente com os objetivos da organização em qual se atua. Além disso, deve persuadir as pessoas de maneira que elas acreditem na ótica do líder e este concretizando seus objetivos. Esta liderança vai muito além de persuadir pessoas, ela requer modificações, ela necessita de princípios e objetivos novos, com definições e metáforas novas, ou seja, uma linguagem nova (SENGE, 2000). Para ser um líder é necessário que o ele transforme uma organização comum em uma verdadeira instituição. Porque assim ele fará o grupo entender os objetivos e valores da empresa como também será capaz de afirma-se perante os seus seguidores e resistir quando sua identidade for ameaçada (BERGAMINI, 2006). O líder representa o apoio ou guia da equipe, estimula seus seguidores, para que reduza suas inquietudes, melhore suas criatividades e suas iniciativas. Fomenta a responsabilidade, o espírito de equipe como também o desenvolvimento pessoal. Nesse contexto, o enfermeiro necessita estar pronto para saber como proceder, progredindo e modificando seu perfil burocrático para ser coordenador do cuidado e sendo motivador das pessoas como também integrado a ações da equipe multiprofissional. Muitas teorias foram discutidas e criadas sobre estilos de liderança, por exemplo: liderança autocrática, participativa, liberal, situacional, entre outras. Portanto o estilo de liderança depende muito das características de cada grupo. A liderança autocrática tem como propósito à responsabilidade do líder, conseqüentemente ele fixa as normas, impõem objetivos e avalia resultados. Portanto esse líder busca obediência imposta (OLIVEIRA, 2010). A liderança participativa visa na pessoa que

desempenha o trabalho, em que esta recebe maior controle e participação nas discussões, agindo, conseqüentemente, com maior liberdade e satisfação
(POTTER; PERRY, 2004). Quanto à liderança Liberal tem como objetivo de ser empregada quando são situações de mais especialidades e quando o líder não tem muito conhecimento técnico essenciais, assim é delegado aos seus liderados as tomadas de decisão, todavia ele possui a palavra final sobre o execução do projeto. A Liderança transformacional consiste na relação entre a quantidade de orientação e direção (comportamento de tarefa) que o líder oferece, a quantidade de apoio sócio-emocional (comportamento de relacionamento) dado pelo líder e o nível de prontidão (maturidade) dos subordinados no desempenho de uma tarefa, função ou objetivo específico (HERSEY; BLANCHARD (1986) apud GALVÃO et al, 1998). A saúde da família é um ambiente muito desafiador, onde os usuários possuem diversas necessidades, cada um com expectativas e demandas, assim sendo é necessário que o líder tenha o papel de gestor de pessoas, com habilidade de ser um bom negociador, conhecer a diversidade e pluralidade da natureza humana, para que haja formulação de estratégias com qualidade e com mais entrosamento entre equipe (OLIVEIRA, 2010). Os enfermeiros em ESF apresentam diversas competências assistenciais e burocráticas, muitas vezes sendo um grande desafio liderar uma equipe multiprofissional. A liderança em ESF requer ousar e fazer a diferença, em prol da qualidade do serviço, ou seja, é importante que o trabalho seja eficaz e eficiente, as relações interpessoais sejam adequadas, participação e comprometimento de todos e o principal, a busca da satisfação do usuário.

## CONCLUSÃO

Para realização deste trabalho foi importante a realização de um quadro com os estudos provenientes da pesquisa, após a coleta de dados e análise dos artigos e textos obtidos. Foi produzido esse quadro com sete autores, cada um com sua visão relativo à liderança e qual tipo liderança é melhor a se seguir. Para o autor Jonas; Rodrigues e Resck (2011), a gerência deve ser participativa, pois é a maneira mais adequada de administração dos serviços. Para isto é necessário que todos os trabalhadores de ESF e gestores se envolvam no processo de gestão participativa. Contrapondo, o autor Galvão (1998) acredita que a liderança deve ser situacional porque traz contribuições a profissão referente à conduta dos profissionais técnicos, uma vez que preconiza o desempenho e o desenvolvimento do liderado. Oliveira (2010) opõe-se aos autores inferidos anteriormente, pois percebe que em saúde da família é melhor a liderança estratégica e deve persuadir e influenciar as pessoas conforme as metas e objetivos da organização. A autora Bergamini (2006), infere conforme aos autores Jonas; Rodrigues e Resck (2011), que é importante trabalhar em conjunto, mas para Bergamini vai além disso porque a um conjunto de outros pontos para a liderança ser mais eficaz: busca constante pelo conhecimento e distribuição deste aos liderados, comunicação eficiente, envolvimento, credibilidade, alto grau de resolutividade de atividades complexas e bom relacionamento interpessoal. O autor BARCELOS;

DEBERTOLI (2007) expõem em seu trabalho uma ótica em que a maioria dos autores não refletiu em relação à liderança do enfermeiro, que deve-se delegar funções e tornar-os co-responsável pelo trabalho. Os autores Vicenzi;Girardi; lucas (2010) em seu artigo não descrevem em relação a tipo de liderança, mas o que é necessário para o preparo adequado de todos profissionais em ESF e não só do enfermeiro em relação a liderança na equipe. Deve-se ter um maior preparo nas faculdades com essa temática e possuir mais palestras em congressos e cursos de atualização sobre esse assunto. Os autores Ribeiro; Santos e Meira (2006) vão de encontro à maioria dos autores que escolhe um estilo de liderança, porquanto o mais adequado é que haja um balanceamento de cada modalidade tendo em vista as características individuais de cada equipe. Desse modo, é importante que o sucesso de um líder não dependa apenas dele, visto que se utiliza de outras pessoas enquanto estabelece e administra o trabalho na organização. Para ser um líder eficaz em ESF é necessário ter qualificação, ser capaz de enfrentar as conseqüências de suas decisões, capacidade de agir em diversas situações, capacidade de seguir conforme normas e leis, capacidade de equilibro emocional como também ter persistência para executar suas tarefas, por mais que existam diversas dificuldades. Além desses aspectos é imprescindível a comunicação entre os funcionários e os seus líderes, para que possua uma condição adequada para obter os objetivos almejados.

**ÁREA TEMÁTICA:** Gestão.

**REFERÊNCIAS:**

AZEVEDO, S. C. **O Processo de Gerenciamento x Gestão no trabalho do Enfermeiro**. 2000. 24p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Rio Grande do Norte, Natal (RN).

BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. **Liderança no contexto da enfermagem**. Rev. Esc. Enfermagem da USP, 40(1):117-122, 2005.

BARCELOS, D. H. F.; DEBERTOLI, S. C. **Liderança compartilhada: perfil, conhecimento e ações do enfermeiro no contexto hospitalar.** (TCC) Faculdade Novo Milênio, Espírito Santo, 2007.

BERGAMINI, C.W. **Recursos humanos:** administração do sentido**.** Rev.Adm. São Paulo, v.26, n.2, p.68-73, abril/junho 1991.

BERGAMINI, c. W. **o líder eficaz.** São Paulo: Atlas, 2006.

CAMPOS, G. W. S. (org). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas:** o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ENFERMAGEM COMO UMA FERRAMENTA PARA GESTÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

# PERMANENT EDUCATION IN NURSING AS A TOOL FOR MANAGEMENT: AN EXPERIENCE REPORT

# EDUCACIÓN PERMANENTE EN ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN: UN RELATO DE EXPERIENCIA

SILVA, Fernanda Stock da[1]
MAYER, Barbara Letícia Dudel[2]
BARROS, Iarema[3]
ERTHAL, Graciele[4]
SILVA, Kauana Flôres da[5]
POLL, Marcia Adriana[6]
ENGEL, Rosana Huppes[7]
WEILLER, Teresinha Heck[8]

1 Enfermeira, Especialista em Administração Hospitalar, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: fernandastock@yahoo.com.br
2 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
3 Acadêmica de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Bolsista de Iniciação Científica do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva - GEPESC
4 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
5 Enfermeira, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
6 Enfermeira, Mestre em Enfermagem PPGEnf /FURG. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Coordenadora do projeto PROEXT/Mec 2013 - Programa de Extensão Universitária MEC/SESu. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf – FORS).
7 Enfermeira, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
8 Enfermeira Doutora, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**RESUMO:**
**Introdução:** A Educação Permanente é uma aprendizagem no trabalho, em que aprender e ensinar se aliam no cotidiano das organizações do trabalho, possibilitando transformação das práticas profissionais. **Objetivo:** Relatar a implantação do projeto de educação permanente para os profissionais de enfermagem no cenário hospitalar em um hospital particular situado na região sul do Brasil **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado durante o ano de 2012, na elaboração e implementação de um programa de educação permanente num hospital particular situado na região sul do Brasil. **Resultados:** A implantação ocorreu de maneira gradual para com a equipe de enfermagem, levando-os a uma proximidade da implantação do projeto, nota-se sinais de mudança cultural começam a ser observados através do interesse dos profissionais além da implantação de indicador de qualidade. **Conclusões:** O trabalho do enfermeiro quando atuante na gestão é fomentar os profissionais a implementar a cultura da educação permanente como uma rotina na sua prática do dia-a-dia.

**DESCRITORES:** Administração Hospitalar; Gestão em Saúde; Educação Continuada em Enfermagem.

**ABSTRACT: Introduction:** The Continuing Education is learning on the job, in which learning and teaching are allied in daily work organizations, enabling transformation of professional practices. **Objective:** To describe the implementation of the project of continuing education for nurses in the hospital setting in a private hospital located in southern Brazil. **Methodology:** This study is a descriptive, experience report, carried out during the year 2012, the design and implementation of a program of continuing education in a private hospital located in southern Brazil. **Results:** The implantation occurred gradually towards the nursing staff, leading them to a proximity of project implementation, there is signs of cultural change are beginning to be observed through the interest of professionals in addition to implementation of quality indicator. **Conclusions:** Nurses work when active management is to encourage professionals to implement a culture of lifelong learning as a routine practice in their day-to-day.

**DESCRIPTORS:** Hospital Administration; Health Management; Education, Nursing, Continuing.

**RESUMEN:**
**Introducción:** La formación permanente es el aprendizaje en el trabajo, en el que el aprendizaje y la enseñanza son aliados en las organizaciones de trabajo diario, lo que permite la transformación de las prácticas profesionales. **Objetivo:** Describir la implementación del proyecto de educación continua para las enfermeras en el ámbito hospitalario en un hospital privado ubicado en el sur de Brasil. **Metodología:** El estudio es

un informe descriptivo de la experiencia llevada a cabo durante el año 2012, el diseño e implementación de un programa de educación continua en un hospital privado ubicado en el sur de Brasil. **Resultados:** La implantación se produjo gradualmente hacia el personal de enfermería, lo que lleva a una proximidad de la ejecución del proyecto, no hay signos de cambio cultural se comienzan a observar a través del interés de los profesionales, además de la aplicación de indicadores de calidad. **Conclusiones:** Las enfermeras trabajan en la gestión de activos es animar a los profesionales a implementar una cultura de aprendizaje permanente como una práctica habitual en su día a día.

**DESCRIPTORES:** Administración Hospitalaria; Gestión en Salud; Educación Continua en Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A Educação Permanente é uma aprendizagem no trabalho, em que aprender e ensinar se aliam no cotidiano das organizações do trabalho, possibilitando transformação das práticas profissionais. Esta atividade visa a promoção de ações de educação dos profissionais da enfermagem se faça a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento destes profissionais sejam pautadas pelas necessidades presente no cenário hospitalar. Caracteriza-se por possuir um público alvo multiprofissional além de ser voltada para uma prática institucionalizada, enfoca problemas de saúde e tem como objetivos a transformação das práticas técnicas e sociais. Teve o seu início nos Estados Unidos, na área da enfermagem, com vista ao desenvolvimento profissional e pessoal[1,2]. No ano de 1997, foi criada a Sociedade Brasileira de Educação Permanente em Enfermagem (SOBRECEN), que propõe a troca de experiências práticas durante reuniões científicas e publicações, por meio de Educação Continuada dentro das instituições[3]. O governo federal instituiu em fevereiro de 2004, conforme a Portaria nº198 do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com a finalidade de formar e capacitar profissionais da saúde para atenderem as reais necessidades da população, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde[4]. O hospital antes de tudo é uma empresa, que visa lucros e resultados positivos. Assim sendo, o capital humano é o elemento mais importante no funcionamento de qualquer empresa, ele deve ser objeto de análises permanentes e de adequação de funções para melhorias de eficiência do trabalho, competência profissional e o nível de satisfação do pessoal[4]. A Educação Permanente no cenário hospitalar leva a um agravante que persiste na prática da saúde é a lógica tecnicista, cuja ênfase está no saber-fazer em detrimento do saber-ser. Neste contexto, a execução do trabalho torna-se uma obrigação, na qual a participação ativa e prazerosa é substituída por uma ação mecanizada[5]. Por estes motivos, a Educação Permanente pode se constituir no primeiro passo para obtenção da amenização das condições atuais do trabalho nas instituições hospitalares, por meio do distanciamento deste modelo institucional que aliena os profissionais e transforma o trabalho em uma carga densa e sofrida e de sua substituição

por um local promotor de satisfação, desenvolvimento e capacitação pessoal. A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), é utilizada como política de formação e qualificação de recursos humanos, onde o processo educativo deve ser dinâmico, contínuo e trazer avanços sociais. Esta adesão à educação permanente poderá contribuir de forma positiva para a mudança das condições de trabalho atualmente enfrentadas pelos profissionais no seu cotidiano[6]. O enfermeiro gestor assume o papel em um amplo espaço marcado pela capacidade de construção coletiva de pactos com a equipe de enfermagem no que se trata da Educação Permanente, sendo feito a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Esta troca é fundamental e necessária, deste modo é possível unificar condutas na instituição hospitalar e em contra partida obter maior qualidade nas ações desempenhadas pelas equipes, principalmente de enfermagem. Buscou-se elaborar uma proposta de implantação de Educação Permanente para com a equipe de enfermagem como uma ferramenta de gestão. A Educação Permanente aparece como opção estratégica ao enfermeiro gestor quando faz parte de outras opções a partir das possibilidades políticas e técnicas que abrem a nova gestão tendo como acessos simultâneos junto a educação. Assim, o objetivo deste trabalho é relatar a implantação do projeto de educação permanente para os profissionais de enfermagem no cenário hospitalar em um hospital privado situado na região sul do Brasil.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado durante o ano de 2012, na elaboração e implementação de um programa de educação permanente num hospital particular situado na região sul do Brasil. O mesmo foi elaborado com a proposta de um trabalho com uniformização e disseminação de condutas de treinamento, reciclagens, visando um maior conhecimento, bem como oferecer serviços de qualidade gerando a satisfação do paciente e profissional. Para tanto se faça necessário a implantação de projeto de educação permanente para que seja mantida esta cultura no hospital. A organização do processo de trabalho das equipes e oferta aos profissionais de saberes e tecnologias necessárias a sua atuação cotidiana na gestão e no cuidado produzido a partir das necessidades individuais e coletivas dos pacientes. A iniciativa surgiu a partir da necessidade da gestão de enfermagem em mensurar a qualidade dos vários saberes tecnológicos para intervenção, bem como treinamentos, da equipe de enfermeiros do referido Hospital mantendo uma proposta de reciclagem, treinamentos como uma rotina no cenário da instituição. Inicialmente, foi feito um cronograma anual de datas e com horário já destinado, e procurando na medida do possível não alterá-las para uma melhor organização dos mesmos. Posterior a isto, criou a necessidades e sua aplicabilidade no dia-a-dia, tornando a educação permanente como uma necessidade de maneira prazerosa e não como uma obrigatoriedade institucional.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A implantação ocorreu de maneira gradual para com a equipe de enfermagem, levando-os a uma proximidade da implantação do projeto Precisou-se em primeira instância instigar os profissionais enfermeiros, para somente após mobilizar o grande grupo da enfermagem. Para um melhor atendimento nas atividades da enfermagem, é necessário um intenso e constante aprendizado, de modo individual ou coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício de cidadania, conscientização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma percepção crítica e criadora[7]. A Educação Permanente em Enfermagem tem mobilizado os profissionais a buscar novos conhecimentos técnicos e habilidades interpessoais, promovendo a valorização do programa como um investimento da instituição no profissional. Notam-se sinais de mudança cultural começam a ser observados através do interesse dos profissionais pelo processo implantado. Haja vista, que em anos anteriores havia necessidade maior de sensibilizá-los quanto à importância de suas participações, devido uma acomodação muitas vezes, já hoje observa-se a interação com o projeto proposto de maneira mais atuante[8]. Posterior a implantação, pode-se criar um indicador de qualidade referente a educação permanente, onde o mesmo rastreará todo o acompanhamento do processo. Este preconiza mensurarmos o investimento da instituição em educação permanente com a equipe de enfermagem. Podemos dizer que indicadores são instrumentos reguladores da qualidade e assistência, sendo que no caso de ser o tema, da Enfermagem, que obedecem a padrões estabelecidos e periodicamente revistos e que são construídos a partir de componentes da organização como a estrutura, o processo e o resultado[9]. Educação é a melhor estratégia para criar um sistema contínuo de cuidado com mais apreço e respeito, buscando a qualidade nos serviços prestados. Visto que investir no capital humano da instituição faz-se necessário para o desenvolvimento e capacitação destes, esta capacitação se dá através de várias modalidades a fim de cursos de atualização, treinamentos e palestras contínuas. É necessário que o enfermeiro possa avaliar esta realidade e que não é possível oferecer uma assistência de qualidade se não houver uma integração entre as ações gerenciais e as assistenciais, e que o enfermeiro necessita atualizar-se quanto aos aspectos essenciais em saúde. Deste modo utilizamos o uso das informações nesse contexto também adequando a nossa realidade no sistema de informatização, para que os profissionais que não tiveram acesso a educação permanente, possam usufruir e assistir o material que foi trabalhado. Estas conecções são necessárias para desenvolver a gestão no cenário atual que vivemos, para tanto, conseguimos com isso, agilizar o processo de trabalho desenvolvido sem prejuízos em alguns aspectos, obtendo maior abrangência das informações[11]. Este processo educativo que foi utilizado tem o propósito de mudança nas informações, atitudes ou comportamentos em questão, para tanto corroboram como ferramenta de gestão. Outra maneira de se usar os indicadores de qualidade em enfermagem é ouvir queixas e insatisfações de profissionais da enfermagem e pacientes. Por meio da escuta, da

compreensão, do acolhimento, do reconhecimento e, através do respeito, muitos problemas podem ser resolvidos ou minimizados. Assim sendo, a humanização enquanto um conjunto de valores humanos e éticos também é um indicador de qualidade em enfermagem apontando novos caminhos e novas possibilidades para chegar a qualidade e credibilidade[10]. Os avanços tecnológicos têm impulsionado o aumento constante da complexidade assistencial, exigindo um nível de atenção cada vez mais elevado, por parte dos profissionais de saúde, criando uma demanda crescente por recursos tecnológicos necessitando um acompanhamento da sua evolução, para tanto as capacitações tornam-se mais do que necessário neste processo[12]. Podemos dizer que os profissionais de enfermagem buscam a satisfação das atividades desenvolvidas no seu cotidiano, neste contexto, a proposta aplicada e monitorada serviu como um ponto de encontro entre as expectativas do paciente quanto ao cuidado de enfermagem e sua percepção sobre o cuidado recebido. Uma avaliação positiva destas dimensões do cuidado de enfermagem é também um olhar subjetivo que pode ser considerado como realidade tanto pela enfermagem quanto pelo paciente. É importante lembrar que o profissional de enfermagem, por si só demonstra procurar conhecimentos do assunto além da sua formação, considerando que a qualidade e quantidade do mesmo são aspectos que garante a eficiência do cuidado prestado, vindo ao encontro da proposta institucional. Observa-se que o envolvimento dos profissionais com a instituição leva-os a uma maior cumplicidade com a mesma quanto a importância do programa de educacionais instituídos. As instituições buscam pessoas para fazerem parte da sua equipe, pessoas que possam ser capazes de adaptarem-se as necessidades e problemas enfrentados diariamente, neste ínterim devam corroborar para abraçar mudanças, a Educação Permanente é uma mudança, mas para uma qualidade na assistência prestada pela equipe de enfermagem.

## CONCLUSÃO

Este trabalho proporcionou reflexão no que tange a questão da educação permanente no trabalho do enfermeiro gestor, pois vem ao encontro da implantação de qualidade nas ações desenvolvidas pelos profissionais da enfermagem dentro de uma instituição hospitalar. Cabe às instituições identificarem qual a maneira mais adequada ao cenário em questão, para poder desenvolver as ações, como adequando horários, preparando pessoal para desenvolver a educação permanente de maneira contínua. Por meio de indicadores que são importantes para estabelecimento de parâmetros consistentes para a comparação e padronização de condutas de enfermagem conseguiremos estratégias eficazes e consolidadas para uma assistência com qualidade.

Neste sentido, devemos ter em mente que o trabalho do enfermeiro quando atuante na gestão é fomentar os demais profissionais a implementar a cultura da educação permanente como uma rotina na sua prática do dia-a-dia, servindo assim para o reconhecimento da enfermagem enquanto profissão. A valorização do tema em questão educação permanente e conscientização dos profissionais de enfermagem em tornar essencial para alcançar

mudanças notáveis no desenvolvimento do trabalho, alcançado leva benefícios ao produto final, no caso o paciente bem atendido.

**ÁREA TEMÁTICA:** Gestão.

**REFERÊNCIAS:**

1 Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Rev. Bras. Enferm. 2004 Set-Out; 57 (5): 606-10.

2 Kurcgant p. Educação Continuada: caminho para a qualidade. Ver Paul de Enf. 1993;12(2):66-71.

3 Ittavo J. Inserção de enfermeiros recém-graduados, admitidos em área hospitalar: um programa de educação conscientizadora. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1997

4 Ministério da Saúde (BRASIL). Portaria nº 198/GM/MS: institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília (DF); 2004.
5 Martins JJ, Albuquerque GL. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. Ciênc Cuid Saúde. 2007;6(3):351-6.

6 Amestiy SC, Milbrath VM, Cestari ME, Thofern MB. Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. Cienc Cuid Saude 2008 Jan/Mar; 7(1):083-088.

7 Nietsche EA, Backes VMS, Ferraz F, Loureiro L, Schmidt SMS, Noal HC. Política de educação continuada institucional: um desafio em construção. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(2):341-8.

8 Carneiro MS, Silva RFG, Cruz TCA, Ferreira ES. Educação permanente em saúde no desenvolvimento organizacional do serviço de enfermagem da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará Ver.Para.Med.v.20 n.4 Belém dez.2006.

9 Teixeira JDR, Camargo FA, Tronchin DMR, Melleiro MM. A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. Rev enferm. UERJ, v. 14, n.2, Rio de Janeiro, jun., 2006.

10 Backes DS, Silva DM, Siqueira HH, Erdmann AL. O produto do serviço de enfermagem na perspectiva da gerência da qualidade. Revista Gaúcha de Enfermagem 2007; 28(2): 163-70.

11 Garcia SD, Haddad MCL, Dellaroza MSG, Costa DB, Miranda JM. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. Rev. bras. enferm. vol.65 no.2 Brasília Mar./Apr. 2012.

12 Castilho V, Gonçalves VLM. Gerenciamento de recursos materiais. In: Kurcgant P. Coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.157-70.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O CÂNCER NA POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA BRASILEIRA: ESTUDO DAS TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO.

# CANCER IN LOW-INCOME BRAZILIAN POPULATION: A STUDY OF TRENDS IN KNOWLEDGE PRODUCTION.

# EL CÁNCER EN LA POBLACIÓN BRASILEÑA DE BAJOS INGRESOS: UN ESTUDIO DE LAS TENDENCIAS EN LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO.

SILVA, Kauana Flores[1]
MAYER, Barbara Letícia Dudel[2]
ENGEL, Rosana Huppes[3]
FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva[4]
BRESOLIN, Julia Zancan[5]
SILVA, Fernanda Stock[6]
ANCINELLO, Carolina Fraga[7]
WEILLER, Teresinha Heck[8]

1Enfermeira, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde. E-mail: uanaflores@yahoo.com.br.
2Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
3Enfermeira Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
4Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
5Acadêmica do 4° semestre de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
6Enfermeira Especialista em Administração hospitalar, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
7Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
8Enfermeira Doutora, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**RESUMO:**
**Introdução:** Atualmente o câncer é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo, sendo que para o ano de 2030, estima-se 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões, por ano, de pessoas com câncer. O maior efeito desse aumento acontecerá em países de baixa renda. **Objetivos:** Identificar quais são as

tendências da produção do conhecimento em dissertações e teses no portal da Capes acerca do câncer na população de baixa renda no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que buscou responder a seguinte questão de pesquisa: Quais são tendências da produção do conhecimento em dissertações e teses do portal da Capes acerca da presença do câncer na população de baixa renda no Brasil? A busca foi realizada no mês de junho de 2013, no Banco de Teses da CAPES. Seis resumos de dissertações e tese compõem esta pesquisa. A análise dos dados foi realizada conforme a análise e categorização temática. **Resultados:** Uma categoria temática: Evidências acerca do câncer na população de baixa renda no Brasil. Dos 6 resumos identificados, 5 são de dissertação de mestrado acadêmico e um é de tese de doutorado. As Instituições de Ensino Superior identificadas são quatro Federais, uma Estadual, e uma do Instituto Nacional de Câncer. O primeiro estudo foi realizado no ano de 2005 e o último em 2011. Os locais da realização dos estudos abrangeram Penitenciária, Ambulatório, Centro Especializado de Oncologia e Maternidade. Os tipos de cânceres pesquisados foram de colo uterino, próstata, colorretal, pulmão e boca. A população investigada compreendeu mulheres e homens. Os estudos são unânimes com relação ao perfil das populações investigadas, todos possuíam, entre outras características, a baixa escolaridade e a baixa renda. **Conclusões: A** população de baixa renda e escolaridade é a maioria dos acometidos por alguns tipos de câncer, o leva à reflexão sobre as politicas públicas direcionadas, especificamente, a essa população e a atenção básica possuindo papel fundamental nas ações de educação em saúde voltadas para a prevenção e detecção precoce de alterações passíveis de ser câncer, através de profissionais comprometidos com a melhor qualidade de vida dessa população vulnerável.

**DESCRITORES:** Pobreza; Neoplasias; Brasil.

**ABSTRACT:**
**Introduction:** Currently cancer is considered a public health problem worldwide, and for the year 2030, an estimated 27 million incident cases of cancer, 17 million deaths and 75 million per year for people with cancer. The greatest effect of this increase will take place in low-income countries. **Objectives:** To identify what are the trends of knowledge production in dissertations and theses in the Portal Capes about cancer in low-income population in Brazil. **Methodology:** This is a narrative review of the literature sought to answer the following research question: What are the trends in knowledge production dissertations and theses Portal Capes about the presence of cancer in the low-income population in Brazil? The search was conducted in June 2013, the Bank of Capes thesis. Six abstracts of dissertations and thesis are part of this research. Data analysis was performed according to the analysis and thematic categorization. **Results:** A thematic category: Evidence regarding cancer in low-income population in Brazil. Of the 6 abstracts identified, five are academic dissertation and a thesis. The Higher Education Institutions are four identified Federal, one State and one from the National Cancer Institute. The first study was

conducted in 2005 and the last in 2011. The locations of the studies covered: Penitentiary, Outpatient, Specialized Center of Oncology and Maternity. The cancers were surveyed: cervix, prostate, colorectal, lung and mouth. The study population comprised women and men. Studies are unanimous regarding the profile of the populations investigated, all had, among other characteristics, low education and low income. **Conclusions:** The population of low income and education is most affected by certain types of cancer, leads to reflection on the public policies directed specifically to this population and possessing primary role in the actions of health education aimed at prevention and early detection of changes that may be cancer, through professionals committed to the best quality of life in this population vulnerable to poor health.

**DESCRIPTORS:** Poverty; Neoplasms; Brazil.

**RESUMEN:**
**Introducción:** En la actualidad el cáncer es considerado un problema de salud pública en todo el mundo, y para el año 2030, se estima que 27 millones de casos nuevos de cáncer y 17 millones de muertes y 75 millones de dólares por año para las personas con cáncer. El mayor efecto de este incremento tendrá lugar en los países de bajos ingresos. **Objetivos:** Identificar cuáles son las tendencias de la producción de conocimiento en disertaciones y tesis en los cabos portal sobre el cáncer en la población de bajos ingresos en Brasil. **Metodología:** Se trata de una revisión narrativa de la literatura, buscó responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las tendencias en la producción de conocimiento disertaciones y tesis en lo Portal Capes sobre la presencia de cáncer en la población de bajos ingresos en Brasil? La búsqueda se realizó en junio de 2013, en lo Banco de tesis de la Capes. Seis resúmenes de disertaciones y tesis son parte de esta investigación. El análisis de datos se realizó de acuerdo con el análisis y la clasificación temática. **Resultados:** Una categoría temática: Evidencia sobre el cáncer en la población de bajos ingresos en Brasil. De los 6 resúmenes identificados, cinco son disertación académica y uno es de tesis. Las instituciones de educación superior son cuatro Federal, un Estado y otro del Instituto Nacional del Cáncer. El primer estudio se realizó en 2005 y la última en 2011. Las localizaciones de los estudios cubrieron Penitenciario, Ambulatorio, Centro Especializado de Oncología y la Maternidad. Los cánceres fueron encuestados: cuello uterino, de próstata, color rectal, de pulmón y de la boca. Población objeto de estudio fueron mujeres y hombres. Los estudios son unánimes sobre el perfil de las poblaciones investigadas, todos tenían, entre otras características, la educación baja y bajos ingresos. **Conclusiones:** La población de bajos ingresos y la educación son los más afectados por ciertos tipos de cáncer, lo que conduce a la reflexión sobre las políticas públicas dirigidas específicamente a esta población y que posee papel principal en las acciones de educación para la salud dirigidas a la prevención y la detección temprana de los cambios que pueden

ser cancerosos, a través de profesionales comprometidos con la mejor calidad de vida en esta población vulnerable a la mala salud.

**DESCRIPTORES:** Pobreza; Neoplasias; Brasil.

## INTRODUÇÃO

Devido ao perfil epidemiológico, o problema do câncer no Brasil adquire cada vez mais importância nas agendas políticas e técnicas do governo, sendo uma doença com mais de 100 tipos em que se tem crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos1. Atualmente o câncer é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo, sendo que para o ano de 2030, estima-se 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões, por ano, de pessoas com câncer. O maior efeito desse aumento acontecerá em países de baixa renda[1]. O câncer pode causar danos para uma família, pois, muitas vezes, o provedor da única fonte de renda adoece ou quando os filhos abandonam suas atividades decorrentes da idade para cuidar de um dos pais doentes[1]. Ao considerar esse individuo em seu contexto familiar, tem-se como família de baixa renda aquela com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo ou com renda familiar mensal de até três salários mínimos[2]. Neste contexto, sabe-se que uma grande parcela da população brasileira ainda convive com problemas de saúde precária e pobreza, características estas, próprias do subdesenvolvimento socioeconômico. Dessa forma pode-se dizer que a relação entre saúde e pobreza é bi-causal, em que o baixo nível de renda ocasiona uma saúde precária e vice-versa[3]. O estudo do câncer e sua distribuição demográfica refletem as condições de vida das populações e do desenvolvimento da sociedade, podendo ser um indicador da saúde da população brasileira[4]. Nos países desenvolvidos, tem-se, entre outros, a predominância dos canceres de pulmão, próstata e colón. Já em países de baixo e médio recursos, tem-se, entre outros, os canceres de cavidade oral e colo do útero. Situação essa que tende a sofrer alterações, pois os canceres de pulmão e colón estão crescentes nos países subdesenvolvidos e emergentes1. Nessa perspectiva, tem-se a importância de se adquirir medidas preventivas na tentativa de reduzir a o número significativo de canceres, uma vez que, ao aumentar rapidamente os novos casos, não haverá recursos suficientes para atender as necessidades de diagnóstico e tratamento, aumentando as chances de óbitos prematuramente. Consequências que podem abalar consideravelmente o desenvolvimento social e econômico de países emergentes como o Brasil1. Nesse sentido o objetivo do trabalho é identificar quais são as tendências da produção do conhecimento em dissertações e teses no portal da Capes acerca do câncer na população de baixa renda no Brasil.

## METODOLOGIA

Este estudo de tendências da produção do conhecimento em dissertações e teses do portal da Capes acerca da temática o câncer na população de baixa renda no Brasil, buscou

responder a seguinte questão de pesquisa: Quais são tendências da produção do conhecimento em dissertações e teses do portal da Capes acerca da presença do câncer na população de baixa renda no Brasil? Esta é uma pesquisa qualitativa, sob o método de revisão narrativa da literatura, pois esta possibilita a descrição e a discussão sobre um determinado assundo a partir da análise da literatura publicada. Assim, este estudo foi realizado nas seguintes etapas: identificação do tema e da pergunta norteadora da pesquisa; elaboração dos critérios de inclusão e exclusão; análise dos resumos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão[5,6]. Os critérios de inclusão das teses e dissertações foram: ter o resumo completo disponível on-line, em português, espanhol ou inglês. Os critérios de exclusão: não abordar o tema proposto especificamente. A busca foi realizada no mês de junho de 2013, no Banco de Teses da CAPES7. A estratégia de busca foi: População de baixa renda, Câncer, Brasil. Foram evidenciadas 19 produções. Estas foram analisadas e conforme os critérios de inclusão e exclusão, este trabalho é composto de 6 resumos de teses e dissertações. Foi elaborado um quadro sinóptico para a apresentação dos resumos dos estudos, para melhor visualização dos mesmos (Tabela 1). Esta tabela é composta da codificação dos resumos (R1-R6), IES do estudo, Programa de Pós-Graduação (PPG), Ano, Objetivo, Resultados e a Referência. A análise dos dados foi realizada conforme a análise e categorização temática conforme Minayo[8].

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 6 resumos identificados, 5 são de dissertação de mestrado acadêmico (R1-R5) e um é de tese de doutorado (R6). As Instituições de Ensino Superior (IES) evidenciadas, 4 são Federais (R1, R2, R5 e R6), uma é Estadual (R3) e uma é do Instituto Nacional de Câncer (INCA) (R4). O primeiro estudo é do ano de 2005 (R3) e o último é de 2011 (R5). Os Programas de Pós-Graduação identificados são de Enfermagem (R1), Ciências Farmacêuticas (R2), Saúde Coletiva (R3), Atenção em Câncer (R4), Patologia (R5) e Medicina (R6). Com relação aos Estados em que se encontram as IES são: Rio de Janeiro (R3, R4, R5), Minas Gerais (R1), Paraná (R2) e Pernambuco (R6). Em relação aos locais da realização dos estudos: Penitenciária (R2), Ambulatório (R4), Centro Especializado de Oncologia (R5), Maternidade (R6). Os tipos de cânceres pesquisados nos estudos foram de colo uterino (R2, R3, R4, R6), próstata, colorretal e pulmão (R1) e de boca (R5). Com relação à população investigada quatro estudos envolveram mulheres (R2, R3, R4, R6) e dois envolveram homens (R1, R5). Alguns destes dados podem ser identificados na Tabela 1, a seguir:

**Tabela 1. Síntese dos resumos das dissertações e tese que compõem este estudo, Brasil, 2013.**

| Nº | IES | PPG | Ano | Objetivo | Resultados | Referência |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **R19** | Uni-versi-dade Fede-ral de Minas Gerais | Enfer-magem | 2010 | Validação do instrumento Symptom Expe-rience Index para posterior invés-tigação da expe-riência de sinto-mas e qualidade de vida de ho-mens com câncer. | De 32 a 88 anos de idade, casada, baixa escolaridade, baixa renda familiar. A questão de gênero e saúde mostra que é preciso implemen-tar intervenções preventivas, educa-tivas e paliativas. | Prado IS. Sintomas estressantes e qualidade de vida entre homens com câncer. [Dissertação de Mestrado]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. |
| **R210** | Uni-versi-dade Fede-ral do Paraná | Ciências Farma-cêuticas | 2009 | Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, infecção por papilomavírus humano e câncer cervical na população prisional. | Perfil: 18 a 35 anos, solteiras/separadas, com filhos, abortos anteriores, analfa-betas, renda de menos de 1 salário mínimo, múltiplos parceiros sexuais, não uso/uso espo-rádico de preser-vativos nas relações sexuais, intercor-rências anteriores de lesões ou sinais clínicos de DST, realização anterior do exame de Papanicolaou. | Tucholski L. Doenças sexualmente transmissíveis e lesões intraepi-teliais cervicais em uma penitenciária feminina em São Paulo-SP: fatores de risco e presença de alguns tipos oncogênicos de HPV. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade Federal do Paraná, 2009. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **R311** | Uni-versi-dade do Estado do Rio de Janei-ro | Saúde Coletiva | 2005 | Identificar fatores associados a não realização do exame de Papa-nicolaou em mu-lheres de 25-59, nos municípios de Fortaleza e Rio de Janeiro. | Mulheres de baixa escolaridade e renda, maior idade, não casadas, não submetidas a mamografia, ao exame clínico das mamas, aos exames de glicemia e colesterolemia foram as que apresentaram as maiores de razões de prevalências para a não realização do exame de Papani-colaou. | Martins LFL. Fatores associados a não realização do exame de transversal de base populacional em duas capitais brasileiras. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005. |
| **R412** | Insti-tuto Nacio-nal do Câncer | Atenção em câncer | 2008 | Mensurar a ocorrência dos efeitos adversos tardios subse-qüentes à radio-terapia para câncer de colo uterino na bexiga, reto e função sexual em mulheres que freqüentam o ambulatório de ginecologia do INCA | A população de se declarou branca, com idade entre 40 e 60 anos, com baixa escolaridade e baixa renda. O efeito adverso mais freqüente registrado no prontuário foi a estenose vaginal. | Vidal MLB. Efeitos adversos subseqüentes ao tratamento radioterápico para câncer de colo uterino na bexiga, reto e função sexual. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2008. |
| **R513** | Uni-versi-dade Fede-ral Flumi-nense | Patolo-gia | 2011 | Demonstrar, através de um estudo de campo, que o perfil dos pacientes com câncer de boca, a infraestrutura e a dificuldade para obter atendimento | Homens, com 63 anos (em média), melanoderma , fumantes, de baixa renda, do interior do estado, não sabem ler nem escrever, tem carcinoma em língua com | Santos VCB. Avaliação do tempo decorrente entre a descoberta da lesão e o início do tratamento em centro especializa-do: estudo de pacientes com |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | especializado, interferem de maneira negativa no prognóstico de pacientes com câncer de boca no estado de Alagoas | estágio avançado, não recebem tratamento prévio e foi a primeira pessoa a detectar a lesão. | câncer de boca no Estado de Alagoas. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2011. |
| **R614** | Uni-versi-dade Fede-ral de Per-nam-buco | Medici-na Tropical | 2008 | Avaliar, por meio de técnicas de biologia molecular, a freqüência da infecção pelo HPV, em mulheres imunodeprim idas, gestantes e não-gestantes HIV-positivas. | O DNA-HPV foi detectado em 122 mulheres (85,3%), com elevada proporção de tipos de alto risco para câncer; no grupo das gestantes HIV-positivas, a prevalência alcançou 96,0 %, sendo 68,8% de alto risco | Brandão VCRAB. Fatores de risco para lesões intra-epiteliais cervicais, freqüência e tipos de papilomavírus humano (HPV) em gestantes infectadas pelo vírus na imunodeficiê ncia humana (HIV). [Tese de Doutorado]. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco, 2008. |

Dos autores, 2013.

**Categoria 1. Evidências acerca do câncer na população de baixa renda no Brasil.**

O estudo R1 ao abordar os canceres comuns no sexo masculino, contatou que a grande maioria dos homens participantes possuíam, entre outras características, a baixa escolaridade e renda. O que corrobora com os autores dos demais estudos selecionados (R2, R3, R4, R5 e R6). Este mesmo estudo ainda traz uma constatação significativa acerca do gênero e saúde, manifestando à importância de se considerar a subjetividade masculina de cada indivíduo, intensificando as ações de prevenção, educação em saúde e paliativa na tentativa de proporcionar melhor qualidade de vida aos homens com câncer. O autor do

estudo R2 abordou a saúde feminina em uma penitenciária, através da realização de exame Papanicolau e encontrou anormalidades no epitélio de um pequeno número de mulheres, porem significativo, uma vez que, o HPV é considerado o principal fator de câncer de colo de útero e também com grande influencia no câncer bucal[1]. O autor relacionou, entre outros, ao tabagismo, fato este que vem ao encontro do que traz R3 ao perceber diferença significativa na prevalência de não realização do exame Papanicolau entre mulheres fumantes e não fumantes. Bem como pontua o estudo R6 ao relacionar o tabagismo às chances de lesões epiteliais nas mulheres HIV positivas e nas gestantes. Dados estes que confirmam o que traz o INCA ao relacionar o fumo aos câncer de colo uterino, pulmão e boca[1]. Outro resultado significativo observado em R2 é que, o mesmo identificou nas detentas, infecção de vários tipos oncogênicos de HPV. Este resultado também é identificado no estudo R6, que também detectou essa prevalência, principalmente nas mulheres HIV positivo e mostrou a necessidade de uma adequada avaliação ginecológica para a detecção precoce do câncer cervical. O estudo R3, identificou na população investigada, que a maioria das mulheres com risco de não realização do exame Papanicolaou eram de maior idade, o que vem ao encontro dos estudos R2 e R4 que igualmente identificam que as mulheres eram solteiras. R3 também observou desigualdades regionais na cobertura do exame, assegurando a necessidade de intervenções de educação em saúde para a prevenção e acesso ao diagnóstico e tratamento adequado. Considerando o fato de os resumos acima apresentados (R3 e R4), encontrarem como resultado, os maiores índices de mulheres com câncer de colo de útero, este é crescente na maior idade1. Um destaque nos resultados encontrados é abordado por R1 ao relatar a qualidade de vida dos homens com câncer é prejudicada, principalmente quando considerado o físico relacionado aos sintomas de se estar doente. Complementando esse resultado, no estudo R4, constata-se uma diminuição na qualidade de vida após o desenvolvimento de efeitos tardios nas pacientes com câncer de colo de útero em radioterapia ambulatorial. Esse estudo também pontua que, das 300 mulheres participantes do estudo que apresentaram efeitos adversos à radioterapia, apenas 4 receberam encaminhamento para o profissional adequado e enfatiza a importância de um diagnóstico e tratamento precoce incluído na rotina desses pacientes para detectar mais rapidamente os efeitos adversos. O estudo R5 abordou o tempo transcorrido entre a constatação de uma lesão na boca até o tratamento para o câncer de boca, doença predominantemente presente nos homens. Esse estudo, assim como os R2, R3 e R6, encontrou um perfil de fumantes e descreve que um paciente com câncer de boca, desde o aparecimento da lesão até o inicio do tratamento, transcorre, em média, 1 ano. Fato este que leva o autor a enfatizar a complexidade do problema e necessidade de mecanismos que influenciam na busca de tratamento, bem como estimular os profissionais de saúde a agir na prevenção e detecção precoce do câncer de boca.

## CONCLUSÃO

Pode-se perceber a fragilidade de estudos que abordam o câncer e a população de baixa renda no Brasil, o que desencadeia levantamentos incipientes no que tange essa relação. Outra observação relevante é que a população de baixa renda e escolaridade é a maioria dos acometidos por alguns tipos de câncer, o que submete à reflexão sobre as politicas públicas direcionadas, especificamente, a essa população e a atenção básica possuindo papel fundamental nas ações de educação em saúde voltadas para a prevenção e detecção precoce de alterações passíveis de ser câncer, através de profissionais comprometidos com a melhor qualidade de vida dessa população vulnerável. Um resultado que não pode ser desconsiderado é o fato do pequeno numero de encaminhamentos à um serviço especializado, fato este que potencializa questionamentos a cerca da qualidade do serviço oferecido à essa população e que corrobora com outro resultado, onde se tem pacientes aguardando, aproximadamente, um ano para iniciar o tratamento contra o câncer, doença esta que caracteriza-se crônica e rápida evolução. Dessa maneira, tem-se que criar mecanismos que proporcione agilidade nos encaminhamentos, um diagnóstico precoce e um início de tratamento rápido e eficaz no sistema público de saúde, que abrange toda a complexidade que envolve o câncer e a população de baixa renda no Brasil, de forma lhes proporcionar uma melhor qualidade de vida, com reais oportunidades de cura.

**ÁREA TEMÁTICA:** Gestão.

**REFERÊNCIAS:**

1-Ministério da Saúde (BRASIL). Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2012. Incidência de Câncer no Brasil. 2011 [acesso 2013 julho 10]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>.

2-Governo Federal Brasileiro (BRASIL). Decreto n° 6.135 de 26 de junho de 2007. Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. [acesso 2013 julho 22]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6135.htm

3-Tejada CAO, Jacinto PA, Santos AMA. Pobreza e Saúde: evidências de causalidade em um painel de dados para o Brasil. s/a [ acesso 2013 junho 25]. Disponível em: http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/eventos/forumbnb2008/docs/pobreza_e_saude.pdf

4-Menezes MFB, Camargo TC, Guedes MTS, Alcântara LFFL. Câncer, pobreza e desenvolvimento humano: desafios para a assistência de enfermagem em oncologia. Rev. Latino-am. Enfermagem 2007 setembro-outubro; 15 (número especial). 6p. [acesso 2013 maio 27]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_10.pdf

5-Cordeiro AM, Oliveira GM, Rentería JM, Guimarães CA. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Rev. Col. Bras. Cir. [periódico na internet]. 2007. [acesso em 2013 mai 29]; 34(6): [aproximadamente 4p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf

6-Rother ET. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. Acta Paul Enferm [periódico na internet]. 2007. [acesso em 2013 mai 28]; 2(s): [aproximadamente 2p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf

7-Ministério da Saúde (BRASIL). Ministério da Saúde. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) [internet]. 2013. [acesso em 2013 mai 21]. Disponível em: http://www.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_pcontent&view=pcontent&alias=missao-objetivos&mn=69&smn=74

8-Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2010.

9-Prado IS. Sintomas estressantes e qualidade de vida entre homens com câncer. [Dissertação de Mestrado]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

10-Tucholski L. Doenças sexualmente transmissíveis e lesões intraepi-teliais cervicais em uma penitenciária feminina em São Paulo-SP: fatores de risco e presença de alguns tipos oncogênicos de HPV. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade Federal do Paraná, 2009.

11-Martins LFL. Fatores associados a não realização do exame de papanicolaou: estudo transversal de base populacional em duas capitais brasileiras. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

12-Vidal MLB. Efeitos adversos subseqüentes ao tratamento radioterápico para câncer de colo uterino na bexiga, reto e função sexual. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2008.

13-Santos VCB. Avaliação do tempo decorrente entre a descoberta da lesão e o início do tratamento em centro especializado: estudo de pacientes com câncer de boca no Estado de Alagoas. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2011.

14-Brandão VCRAB. Fatores de risco para lesões intra-epiteliais cervicais, frequência e tipos de papilomavírus humano (HPV) em gestantes infectadas pelo vírus na imunodeficiência humana (HIV). [Tese de Doutorado]. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco, 2008.

# CÂNCER E A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA NO BRASIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

# CANCER AND LOW-INCOME POPULATION IN BRAZIL: A REVIEW OF THE LITERATURE

# CÁNCER Y LA POBLACIÓN DE BAJOS INGRESOS EN BRASIL: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

SILVA, Kauana Flores[1]
MAYER, Barbara Letícia Dudel[2]
ENGEL, Rosana Huppes3
FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva[4]
BRESOLIN, Júlia Zancan[5]
SILVA, Fernanda Stock[6]
POLL, Márcia Adriana[7]
WEILLER, Teresinha Heck[8]

1Enfermeira, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde. E-mail: uanaflores@yahoo.com.br.
2Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
3Enfermeira Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
4Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
5Acadêmica do 4°semestre de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
6Enfermeira, Especialista em Administração Hospitalar, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
7Enfermeira, Mestre em Enfermagem PPGEnf /FURG. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Coordenadora do projeto PROEXT/Mec 2013 - Programa de Extensão Universitária MEC/SESu. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf – FORS).
8Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**RESUMO:**
**Introdução:** Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer para os anos de 2012 e 2013, os canceres de mama e colo do útero são os mais incidentes nas mulheres brasileiras, esperando-se 52.680 e 17.540 casos novos, respectivamente. Em se tratando de pobreza, o

câncer de mama representa uma das maiores causas de morte em mulheres nessa situação devido a diversos fatores que dificultam o diagnóstico precoce. Dentro desta constatação também se encontra o câncer de colo do útero, quarta causa de morte evitável por câncer nas mulheres brasileiras. **Objetivo:** Identificar e descrever quais são as produções acerca do câncer na população de baixa renda no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura acerca da temática o câncer na população de baixa renda no Brasil. A pesquisa buscou responder a seguinte questão: Quais são as publicações acerca da presença do câncer na população de baixa renda no Brasil? A seleção dos artigos foi realizada em junho de 2013 no Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Índice bibliográfico espanhol de ciências da saúde (IBECS). O corpus do estudo é de 5 artigos. A análise dos artigos foi realizada através da análise de conteúdo proposta por Minayo. **Resultados:** Uma categoria temática: População de baixa renda no Brasil: os riscos, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer. Os estudos mostraram que as mulheres que não realizam o preventivo de câncer não pertencem à faixa etária alvo das políticas, são solteiras e com baixa renda. A saúde mental, também abordada nos estudos, identificou que as mulheres de baixa renda com câncer de mama envolvem sentimentos com o objetivo de sufocar emoções desestruturantes. Igualmente, a questão da pobreza é abordada nos estudos e apontam que a mesma vem acompanhada de precária educação escolar, o que resulta na desinformação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde em muitas regiões e também à percepção distorcida do câncer, o que ocasiona o protelamento do diagnóstico e do tratamento. **Conclusões:** Pode-se perceber a importância de um rastreamento organizado, que possibilite às mulheres de baixa renda, a oportunidade de acesso à educação em saúde multiprofissional, com informações sobre prevenção e detecção precoce, tanto do câncer de mama como o de colo do útero, em que elas possam ser atores de sua saúde, através de um autocuidado adequado e orientado. Novos estudos devem ser desenvolvidos, englobando outros tipos de câncer, o conhecimento da população sobre essa doença, a resolutividade dos serviços de saúde e das politicas públicas além do melhor monitoramento dos registros sobre câncer no Brasil a fim de garantir os princípios doutrinários do SUS à população de baixa renda.

**DESCRITORES:** Pobreza; Neoplasias; Brasil.

**ABSTRACT:**
**Introduction:** According to estimates by the National Cancer Institute for the years 2012 and 2013, cancers of the breast and cervix are more predominant in Brazilian women, expecting 52,680 new cases and 17,540, respectively. In terms of poverty, breast cancer is a major cause of death in women in this situation due to several factors that hinder early diagnosis. Within this finding is also cancer cervix, fourth cause of preventable death from cancer among Brazilian women. **Objective:** Identify and describe which are the

productions about cancer in low-income population in Brazil. **Methodology:** This is a narrative review of the literature on the theme of cancer in low-income population in Brazil. The research sought to answer the following question: What are the publications about the presence of cancer in the low-income population in Brazil? The selection of items was held in June 2013 in the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Database of Nursing (BDENF) and Bibliographic Index Spanish Health Sciences (IBECS). The corpus of the study is 5 items. The analysis of the articles was conducted through content analysis proposed by Minayo. **Results:** A thematic category: Low-income population in Brazil: risks, prevention, diagnosis and treatment of cancer. Studies have shown that women who do not receive preventive cancer does not belong to the target age range of policies, are single and low income. Mental health also addressed in the studies identified that low-income women with breast cancer involve feelings in order to stifle emotions destabilizing. Also, the issue of poverty is addressed in studies and show that the same is accompanied by poor school education, which results in misinformation and poor access to health services in many regions and also the distorted perception of cancer, which causes the postponement of diagnosis and treatment. **Conclusions:** One can realize the importance of an organized screening, which allows low-income women, the opportunity to access health education multidisciplinary, with information on prevention and early detection, both breast cancer such as cervical in that they can be actors of their health through a proper self-care and oriented. Further studies should be developed, encompassing other types of cancer, knowledge of the population about this disease, the resolution of health services and public policies beyond better monitoring of records on cancer in Brazil to ensure the doctrinal principles of the SUS low-income population.

**DESCRIPTORS:** Poverty; Neoplasms; Brazil.

**RESUMEN:**
**Introducción:** Según estimaciones del Instituto Nacional del Cáncer para los años 2012 y 2013, los cánceres de mama y de cuello uterino son más predominantes en las mujeres brasileñas, contar con 52.680 nuevos casos y 17.540, respectivamente. En términos de la pobreza, el cáncer de mama es una causa importante de muerte en las mujeres en esta situación debido a varios factores que dificultan el diagnóstico precoz. Dentro de este hallazgo es también cuello uterino cáncer, cuarta causa de muerte evitable por cáncer entre las mujeres brasileñas. **Objetivo:** Identificar y describir cuáles son las producciones sobre el cáncer en la población de bajos ingresos en Brasil. **Metodología:** Se trata de una revisión de la literatura sobre el tema del cáncer en la población de bajos ingresos en Brasil. La investigación trata de responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las publicaciones sobre la presencia de cáncer en la población de bajos ingresos en Brasil? La selección de temas tuvo lugar en junio de 2013 en el Scientific Electronic Library Online (SciELO), de

América Latina y del Caribe (LILACS), Base de Datos de Enfermería (BDENF) y el índice bibliográfico español ciencias de la salud (IBECS). El corpus del estudio es 5 artículos. El análisis de los artículos se llevó a cabo a través de análisis de contenido propuesto por Minayo. **Resultados:** Una categoría temática: La población de bajos ingresos en Brasil: riesgos, prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer. Los estudios han demostrado que las mujeres que no reciben el tratamiento preventivo del cáncer no pertenecen al grupo de edad objetivo de las políticas, son un solo ingreso y baja. La salud mental abordó también en los estudios identificados que las mujeres de bajos ingresos con cáncer de mama involucran sentimientos con el fin de reprimir las emociones desestabilizador. Además, el problema de la pobreza se aborda en los estudios y demostrar que la misma va acompañada de la educación escolar, lo que resulta en la desinformación y la falta de acceso a servicios de salud en muchas regiones y también la percepción distorsionada de cáncer, que hace que el aplazamiento de diagnóstico y tratamiento. **Conclusiones:** Uno puede darse cuenta de la importancia de un cribado organizado, lo que permite a las mujeres de bajos ingresos, la oportunidad de acceder a la educación para la salud multidisciplinario, con información sobre la prevención y la detección temprana, el cáncer de mama como el cervical ya que pueden ser actores de su salud a través de una auto-cuidado y la orientación. Nuevos estudios deberían ser desarrollados, que abarca otros tipos de cáncer, el conocimiento de la población acerca de esta enfermedad, la resolución de los servicios de salud y las políticas públicas más allá de un mejor seguimiento de los registros de cáncer en Brasil para garantizar los principios doctrinales del SUS población de bajos ingresos.

**DESCRIPTORES:** Pobreza; Neoplasias; Brasil.

## INTRODUÇÃO

O câncer sempre foi considerado uma doença de países desenvolvidos e com grandes recursos econômicos, porém, nos últimos quarenta anos essa condição vem sendo alterada e a maior parte do ônus mundial do câncer pode ser visto em países em desenvolvimento que possuem poucos e médios recursos[1]. Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para os anos de 2012 e 2013, excetuando o câncer de pele não melanoma, os canceres de mama e colo do útero (CCU) são os mais incidentes nas mulheres brasileiras, esperando-se 52.680 e 17.540 casos novos, respectivamente. O câncer de mama é o que mais acomete mulheres em todo o mundo, principalmente em países desenvolvidos, mas crescente em países em desenvolvimento, refletindo a tendência global à predominância de estilos de vida que promovem a exposição a fatores de risco[1,2]. Já o câncer de colo do útero é o terceiro mais comum entre as mulheres, com incidência duas vezes maior em países menos desenvolvidos com mais de 85% das mortes[1]. O câncer de mama em países desenvolvidos está relacionado, entre outros fatores, ao processo de urbanização da sociedade, onde se encontram mulheres com nível socioeconômico elevado, diferentemente do câncer de colo do útero, predominante em países emergentes, onde a inexistência ou

pouca eficiência dos programas de rastreamento traduz menor incentivo ao autocuidado e, consequentemente, ao diagnóstico precoce1. Dentro do contexto de países emergentes e desenvolvidos, o Brasil sempre foi marcado por crescentes níveis de pobreza e desigualdade social que se expande até os dias atuais. No mesmo compasso em que se objetiva tornar-se desenvolvido, tem-se a expansão da pobreza[3]. Uma grande parte da população brasileira ainda vive abaixo da linha da pobreza e ademais, com problemas de saúde precários, o que caracteriza um subdesenvolvimento socioeconômico que, mesmo com marcantes melhoras nas estatísticas, ainda é significativo, principalmente ao comparar os Estados da Federação, em que as regiões mais pobres também possuem os mais baixos indicadores de saúde, uma vez que o baixo nível de renda causa saúde precária e consequentemente, baixo nível de renda, formando um ciclo[4]. A população de um país compartilha uma mesma cultura, mas com diferenças regionais importantes com relação à classe social, idade, gênero e atitudes, crenças e valores que se associam a saúde e à doença[3]. Em se tratando de pobreza, o câncer de mama representa uma das maiores causas de morte em mulheres nessa situação devido a diversos fatores que dificultam o diagnóstico precoce[3]. Dentro desta constatação também se encontra o câncer de colo do útero, quarta causa de morte evitável por câncer nas mulheres brasileiras[5,6]. A prevenção do câncer de mama ainda não é totalmente possível, devido fatores de risco inevitáveis, mas, o rastreamento através das diretrizes do Ministério da Saúde e o tratamento adequado podem conduzir a um diagnóstico precoce e a um prognóstico relativamente bom. Já para o câncer de colo do útero, um diagnóstico rápido proporciona 100% de cura5. A partir das observações feitas entre os canceres de mama e colo do útero no âmbito da pobreza no Brasil, o presente estudo tem como objetivo identificar e descrever quais são as produções acerca do câncer na população de baixa renda no Brasil.

## METODOLOGIA

Esta pesquisa é qualitativa, sob o método de revisão narrativa da literatura. Esta revisão permite a descrição e a discussão de diversos estudos e o alcance de conclusões gerais a respeito de determinado assunto. Ela foi desenvolvida em seis etapas: identificação do tema e questão de pesquisa para a revisão; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; categorização; avaliação; interpretação dos resultados dos estudos e a apresentação da revisão[7,8,9]. Desta forma, o tema da presente pesquisa é: o câncer na população de baixa renda no Brasil, e a pergunta norteadora: Quais são as publicações acerca da presença do câncer na população de baixa renda no Brasil? Os critérios de inclusão dos estudos foram: ser artigo completo, estar disponível on-line, nos idiomas português, espanhol ou inglês. Os critérios de exclusão foram: artigo completo não disponível on-line, resumos, teses, dissertações e não abordar o tema proposto especificamente. A seleção dos artigos foi realizada no mês de junho de 2013, nas bases: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Índice bibliográfico espanhol de ciências da

saúde (IBECS). A estratégia de busca utilizada foi: População de baixa renda *AND* Câncer *AND* Brasil. No SCIELO foram identificados 6 estudos; no LILCAS 3; na BDENF 3 e no IBECS nenhum. Dessa busca foram evidenciadas repetições; a não abordagem do tema em específico; e outros definidos nos critérios de exclusão. Assim, o corpus desse estudo é de 5 artigos, sendo 3 indexados ao LILACS; 2 do SCIELO. Foi elaborado um quadro sinóptico para a apresentação dos artigos (Tabela 1). Para a análise dos artigos foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Minayo[8], e a categorização temática das publicações.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos cinco artigos que compõem esta pesquisa, um é de abordagem qualitativa (A4), os demais não descrevem esta informação. Para a coleta dos dados, três dos estudos utilizaram entrevistas através de questionários (A1, A2) e roteiro (A4), um trouxe estudo de dados (A3) e outro realiza uma reflexão teórica (A5). A amostra, na maioria dos estudos, era a população do sexo feminino (A1, A2, A3, A4), onde o estudo A1 investigou 772 mulheres com média de idade de 36,6 anos, maioria casada, com ensino fundamental completo, donas de casa e com renda de até um salario mínimo. O artigo A2 envolveu 1.122 mulheres, sujeitos de pesquisa, entre 20 e 69 anos, cuja maioria pertencia à faixa etária dos 30 aos 39 anos, casada, com renda de até três salários mínimos e com equivalência entre portadoras e não portadoras de doenças crônicas. O estudo A3 investigou óbito de mulheres com 20 anos ou mais entre 1996 e 2005. Já a amostra do artigo A4 foram 15 pacientes de uma clinica de mastectomizadas, pertencentes a faixa etária de 30 a 80 (media de 57,5 anos), com diagnóstico de câncer de mama recente sem metástases, sem déficit intelectual, com ate dois salários mínimos. A maioria casada, dona de casa, com ensino fundamental incompleto. O estudo A5 utiliza-se de indicativos de distribuição demográfica, epidemiológica e sociocultural para discorrer, de forma contextual, o câncer no Brasil. Dos artigos que trazem o campo de realização da pesquisa, foi no Estado de São Paulo (A4), Rio Grande do Sul (A2), Acre (A1) e região nordeste do Brasil (A3). Com relação ao assunto principal investigado dois estudos trouxeram o exame citopatológico e seus fatores de realização ou não (A1, A2), um estudo abordou a mortalidade por câncer de colo de útero (A3), um artigo sobre câncer de mama e a saúde mental (A4) e um sobre incidência de canceres por regiões e a enfermagem (A5), todos inter-relacionados com fatores sociais.

**Tabela 1. Síntese dos artigos que compõem este estudo, Brasil, 2013.**

| Código | Objetivo | Resultados | Referência |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **A16** | Determinar a prevalência autorreferida do exame preventivo de câncer do colo uterino em Rio Branco e avaliar fatores associados com a não realização do exame. | A população alvo, na grande maioria, relatou ter realizado o exame nos últimos três anos e pelo SUS. A prevalência da realização do preventivo está entre as mulheres casadas, com ensino superior e com renda de mais de dois salários mínimos. Mulheres não pertencentes à faixa etária alvo do Ministério da saúde, solteiras, com baixa renda e escolaridade apresentam maiores riscos de não realizar o exame. | Borges MFSO, Dotto LMG, Koifman RJ, Cunha MA, Muniz PT. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados a não realização do exame. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(6):1156-1166, jun, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n6/14.pdf |
| **A210** | Verificar a evolução nos níveis de cobertura do exame citopatológico. | A maioria das mulheres pesquisadas apresentava o exame atualizado, porem aumentou o numero de mulheres com o mesmo atrasado. A não realização do exame está associada à baixa inserção social e idade avançada. | Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Borba AT, Motta GLS, Fuchs SC. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):191-197, jan-fev, 2003. Diponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14919.pdf |
| **A311** | Analisar a tendência temporal da mortalidade por câncer do colo do útero segundo dados de óbito corrigidos ou não e verificar a associação entre essas informações e indicadores socioeconômicos selecionados em mulheres com 20 anos ou mais no Nordeste do Brasil no período de 1996 a 2005. | As maiores taxas de mortalidade por câncer do colo de útero sem correção foram na capital, porem quando corrigidos, passou a ser no interior. Bem como as menores taxas de mortalidade sem correção estão nas regiões de piores indicadores sociais. | Gamarra CJ, Valente JG, Silva GA. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. Ver. Panam. Salud. Publica 28(2), 2010, 7p. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n2/a05v28n2.pdf |
| **A42** | Analisar as reações emocionais ao câncer de mama em um grupo de mulheres de camadas | O estoicismo foi a reação emocional mais frequente, seguido da negação, condição esta associada à | Peres RS, Santos MA. Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | populares | pobreza. Em pacientes de baixa renda, o adoecer de câncer mama é | mulheres de camadas populares. Ver. Latino-am. Enfermagem 2007 setembro-outubro; 15(número especial) 7p. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_11.pdf |
| considerado um processo de deterioração física. | | | |
| **A512** | Identificar os principais tipos de câncer por região; apontar os desafios para a assistência de enfermagem; discutir as possibilidades de atuação da enfermagem em oncologia nesse contexto. | As enfermeiras são consideradas as autoridades na prevenção primária, considerando a pobreza e a educação precária que levam a desinformação e dificuldade de acesso ao serviço de saúde. A pobreza constitui um desafio para a enfermagem oncológica. | Menezes MFB, Camargo TC, Guedes MTS, Alcântara LFFL. Câncer, pobreza e desenvolvimento humano: desafios para a assistência de enfermagem em oncologia. Ver. Latino-am. Enfermagem 2007 setembro-outubro; 15(número especial). 6p. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_10.pdf |

Dos autores, 2013.

**Categoria 1. População de baixa renda no Brasil: os riscos, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer.**

O artigo A1 constatou que a grande maioria das mulheres que não realizaram o preventivo de câncer nos últimos três anos não pertencia à faixa etária alvo das políticas, eram solteiras e com baixa renda. Ao considerar as mulheres de 60 anos ou mais, o mesmo traz que, possivelmente, elas diminuem a realização de consultas ginecológicas. Resultado este que vem ao encontro do artigo A2, ao trazer que as mulheres com renda inferior a um salario mínimo, solteiras e com mais de 60 anos, ou seja, não pertencentes à população alvo, tinham maior probabilidade de não realizarem o exame, fato este que o autor questiona, pois é a faixa etária com maior risco de câncer de útero1. O artigo A1 pontua que a adesão ao exame no município estudado alcançou os padrões recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), convergindo com o resultado do artigo A2, em que a cobertura ao exame aumentou, mas não atingiu os percentuais recomendados. No artigo A1 o autor constatou que a maioria das mulheres participantes do estudo utilizou o Sistema Único de Saúde (SUS) para realização das consultas ginecológicas, logo o artigo A2 constatou semelhança no número de mulheres que utilizaram o SUS e o sistema privado. Outra informação trazida no artigo A2 é que as mulheres com doenças crônicas não realizam o exame citopatológico, levantando a reflexão acerca da falta de integralidade na assistência médica. O estudo A3 descreve os resultados sobre a análise dos dados da mortalidade por

câncer de colo de útero na região nordeste do Brasil. Apresenta que os indicadores de mortalidade não corrigidos diferem ao serem corrigidos, pois, aquele indica maiores óbitos nas capitais dos Estados e em regiões com melhores indicadores sociais quando comparado com o interior e com regiões de pobreza. Porem, ao serem corrigidos, os mesmos índices invertem, passando a pertencer ao interior e regiões pobres o maior número de óbitos por câncer de colo de útero. Fato este que faz o autor pontuar algumas questões que envolvem a qualidade dos registros e constatar que a alta mortalidade no interior pode ser fruto de melhor captação de casos e, consequentemente, avançados e que a menor taxa nas capitais pode ser em decorrência da melhoria das ações de prevenção e detecção precoce. O artigo A4, ao abordar a saúde mental das mulheres de baixa renda com câncer de mama constatou que o sentimento mais frequente é o estoicismo, ou seja, um conformismo na tentativa de sufocar emoções desestruturantes. Resultado este que vem ao encontro do artigo A5, que sugere que, o sentimento de saber que tem câncer remete a algo aterrador, doloroso, mutilador e mortal. Segundo este artigo, o câncer pode ser considerado um indicador do índice de desenvolvimento regional, pois é um indicador de saúde do Brasil. Este também afirma que o câncer de colo de útero bem como o câncer de mama ainda são diagnosticados em estágio avançado, contribuindo para a crescente mortalidade. Corroborando com este fato, o artigo A3 destaca que a mortalidade por CCU na região nordeste ainda é crescente em todos os Estados, exceto nas capitais. Outro fato observado pelo artigo A5 é que a pobreza vem acompanhada de uma precária educação escolar, o que acarreta baixo nível educacional, desinformação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde em muitas regiões, o que corrobora com os artigos A1 e A4, estes, referindo também à percepção distorcida do câncer que os indivíduos em situação de pobreza possuem, protelando o diagnóstico e tratamento, uma vez que, para eles, estar doente significa deixar de trabalhar. Fato este que, em muitos casos é avassalador, quando o provedor da renda adoece ou quando o mesmo deixa de trabalhar para cuidar o familiar doente1. O artigo A1 pontua quanto à falta equidade social no acesso ao exame citopatológico e artigo A3 conclui que no nordeste, os serviços de saúde e o acesso aos mesmos são limitados. O artigo A3 descreve que os níveis socioeconômicos considerados em relação à taxa de mortalidade por CCU corrigida mostrou-se bem significativa, confirmando o estudo do artigo A2 em que a menor classe social aumenta o número de mulheres com exame citopatológico em atraso. Dado este que vem ao encontro do artigo A4 ao destacar que a classe social dos pacientes é um importante fator prognóstico do câncer de mama. O artigo A3 também relata que a má qualidade dos registros pode refletir a dificuldade de acesso das mulheres aos serviços e a precária assistência no momento do óbito, não sendo viável considerar os dados do SIM na região Nordeste. O artigo A5 incentiva o trabalho multidisciplinar na prevenção e detecção precoce do câncer e confirma ser a enfermeira, a responsável pela educação em saúde da população.

**CONCLUSÃO**

Considerando os resultados trazidos nos estudos selecionados, todos constataram, como principal resultado, a maior prevalência de desenvolver câncer nas populações carentes, resultado este que preocupa, pois possibilita questionamentos acerca da cobertura do serviço da atenção básica, o conhecimento desses indivíduos sobre o câncer, a efetividade das politicas públicas voltadas a essa doença e a qualidade dos registros. Pode-se observar o pequeno número de publicações que envolvem as condições socioeconômicas com relação ao câncer, uma vez que esta é uma doença com avançadas estimativas e em que os indivíduos pertencentes à classe social pouco privilegiada são a grande maioria da população brasileira. Dos cinco estudos selecionados, quatro apresentavam como assunto principal os canceres mais comuns nas mulheres, o que pode refletir a crescente preocupação dos profissionais de saúde a essa população, buscando focalizar esse problema de saúde pública no Brasil, que é o câncer numa população, socialmente vulnerável. Dentro deste contexto pode-se perceber a importância de um rastreamento organizado, que possibilite às mulheres de baixa renda, a oportunidade de uma educação em saúde multiprofissional, com informações sobre prevenção e detecção precoce, tanto do câncer de mama como o de colo do útero, em que elas possam ser atores de sua saúde, através de um autocuidado adequado e orientado, bem como a facilidade de acesso aos serviços de saúde proporcionando diagnóstico precoce e melhor qualidade de vida a essas mulheres. Novos estudos devem ser desenvolvidos, englobando outros tipos de câncer, o conhecimento da população sobre essa doença, a resolutividade dos serviços de saúde e das politicas públicas além do melhor monitoramento dos registros sobre câncer no Brasil a fim de garantir os princípios doutrinários do SUS à população de baixa renda.

**ÁREA TEMÁTICA:** Gestão.

**REFERÊNCIAS:**

1- Ministério da Saúde (BRASIL). Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2012. Incidência de Câncer no Brasil. 2011 [acesso 2013 julho 10]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>.

2- Peres RS, Santos MA. Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. Rev. Latino-am. Enfermagem 2007 setembro-outubro; 15(número especial) 7p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_11.pdf>.

3- Silva AC, Bandeira ESF, Lopes EB. Pobreza no Brasil: aspectos conceituais e o processo de construção histórica. Jornada Internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão. Centro de Ciências Sociais. Programa de pós-graduação em políticas públicas. Agosto 2011 [acesso 2013 junho 22]. Disponível em: < http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/DE

SIGUALDADES_SOCIAIS_E_POBREZA/POBREZA_NO_BRASIL_ASPECTOS_CONCEITUAIS_E_O_PROCESSO_DE_CONSTRUCAO_HISTORICA.pdf>.

4- Tejada CAO, Jacinto PA, Santos AMA. Pobreza e Saúde: evidências de causalidade em um painel de dados para o Brasil. s/a [ acesso 2013 junho 25]. Disponível em: <http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/eventos/forumbnb2008/docs/pobreza_e_saude.pdf>.

5- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Tipos de câncer. Colo do útero. [site na internet] s/a [acesso 2013 julho 02]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/útero>.

6- Borges MFSO, Dotto LMG, Koifman RJ, Cunha MA, Muniz PT. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(6):1156-1166, jun, 2012. [acesso 2013 maio 27]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n6/14.pdf>.

7- Cordeiro AM, Oliveira GM, Rentería JM, Guimarães CA. Grupo de Estudo de Revisão Sistemática do Rio de Janeiro (GERS-Rio). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Rev. Col. Bras. Cir. Vol. 34 - Nº 6, Nov. / Dez. 2007. [acesso 2013 maio 29] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>.

8- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ªed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2010.

9- Rother ET. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. Acta Paul Enferm, 2007; (2):VI. [acesso 2013 maio 28] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>.

10- Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Borba AT, Motta GLS, Fuchs SC. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):191-197, jan-fev, 2003. [acesso 2013 maio 27]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14919.pdf>.

11- Gamarra CJ, Valente JG, Silva GA. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. Rev. Panam. Salud. Publica 28(2), 2010, 7p. [acesso 2013 maio 28]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n2/a05v28n2.pdf>.

12-Menezes MFB, Camargo TC, Guedes MTS, Alcântara LFFL. Câncer, pobreza e desenvolvimento humano: desafios para a assistência de enfermagem em oncologia. Rev. Latino-am. Enfermagem 2007 setembro-outubro; 15(número especial). 6p. [acesso 2013 maio 27]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_10.pdf>.

# ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER RURAL NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

# ATTENTION TO RURAL WOMEN'S HEALTH IN BRAZIL: A NARRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

# ATENCIÓN A LA SALUD DE MUJERES RURALES DE BRASIL: UNA REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA

MAYER, Barbara Letícia Dudel[1]
SILVA, Fernanda Stock da[2]
ENGEL, Rosana Huppes[3]
ERTHAL, Graciel[4]
SILVA, Kauana Flôres da[5]
WEILLER, Teresinha Heck[6]
POLL, Marcia Adriana[7]
BRESOLIN, Julia Zancan[8]

1 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: barbaraldmayer@gmail.com
2 Enfermeira Especialista em Administração Hospitalar, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
3 Enfermeira, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
4 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
5 Enfermeira, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
6 Enfermeira Doutora, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
7 Enfermeira, Mestre em Enfermagem PPGEnf /FURG. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA.
8 Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**RESUMO:**
**Introdução:** No Brasil, aproximadamente 31 milhões de pessoas residem na área rural, dentre elas, estão as mulheres que são uma das forças produtivas do campo. **Objetivo:** Identificar e descrever as produções científicas acerca da temática saúde da mulher rural no

Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura acerca da temática: saúde da mulher rural. Busca responder a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são as produções científicas acerca da temática saúde da mulher rural no Brasil? A busca foi realizada em junho de 2013 nas bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), e nas Bibliotecas Online: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), e Índice bibliográfico espanhol de ciências da saúde (IBECS). O Estudo é composto de 5 artigos. Foi realizada a análise de conteúdo de Minayo. **Resultados:** Duas categorias temáticas: A saúde da mulher urbana *versus* a saúde da mulher rural e, A atenção a saúde da mulher rural no Brasil. Os estudos identificaram que mulheres da área rural ocupam uma posição subordinada em relação à divisão do trabalho por sexo, e seu trabalho geralmente é tido como de ajuda. O trabalho da mulher é considerado improdutivo, tendo em vista que abrange o campo dos cuidados com a família, alimentação, saúde, educação e higiene. Os estudos são unânimes com relação a baixa escolaridade identificada nas mulheres rurais, baixa renda mensal, situação de discriminação e violência. **Conclusões:** Os estudos mostram a necessidade de Políticas Públicas que abrandam e compreendam a população rural, mais especificamente as mulheres rurais, nas questões saúde, educação e defesa dos direitos das mulheres.

**DESCRITORES:** Saúde da Mulher; Saúde Rural; Atenção a Saúde; Brasil.

**ABSTRACT:**
**Introduction:** In Brazil, approximately 31 million people live in rural areas, among them are women who are one of the productive forces of the field. **Objective:** Identify and describe the scientific production on the theme of women's health in rural Brazil. **Methodology:** This study is a review of the literature on the theme: health of rural women. Seeks to answer the following research question: What are the scientific production on the theme of women's health in rural Brazil? The search was performed in June 2013 on the bases: Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Database of Nursing (BDENF), and in the Libraries Online: Scientific Electronic Library Online (SciELO), and Index Spanish literature of the health sciences (IBECS). The study consists of 5 items. We performed a content analysis of Minayo. **Results:** Two themes: Women's health urban versus rural women's health, and The health care of rural women in Brazil. The studies found that rural women occupy a subordinate position in relation to the division of labor by sex, and their work is usually considered help. Women's work is considered unproductive, given that covers the field of family care, food, health, education and hygiene. Studies are unanimous about the low education identified rural women, low monthly income, situation of discrimination and violence. **Conclusions:** These studies show the need for public policies that slow down and understand the rural population, more specifically rural women, health issues, education and rights of women.

**DESCRIPTORS**: Women's Health; Rural Health; Health Care; Brazil.

**RESUMEN:**
**Introducción**: En Brasil, aproximadamente 31 millones de personas residen en las zonas rurales, entre ellas se encuentran las mujeres que son una de las fuerzas productivas del campo.**Objetivo:** Identificar y describir la producción científica sobre el tema de la salud de la mujer en el Brasil rural. **Metodología:** El estudio es una revisión de la literatura sobre el tema: la salud de la mujer rural. Trata de responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué es la producción científica sobre el tema de la salud de la mujer en el Brasil rural? La búsqueda se realizó en junio de 2013 en las bases: Latinoamericano y del Caribe (LILACS), Base de Datos de Enfermería (BDENF), y en las bibliotecas en línea: Scientific Electronic Library Online (SciELO), y el Índice de la literatura española de ciencias de la Salud (IBECS). El estudio consta de 5 artículos. Se realizó un análisis de contenido de Minayo. **Resultados:** Dos temas: La salud de las mujeres urbanas contra la salud de la mujer rural y El cuidado de la salud de las mujeres rurales en Brasil. Los estudios encontraron que las mujeres rurales ocupan una posición subordinada en relación con la división sexual del trabajo, y su trabajo se considera generalmente ayuda. Trabajo de las mujeres es considerado improductivo, ya que cubre el campo de la atención a la familia, la alimentación, la salud, la educación y la higiene. Los estudios son unánimes sobre el bajo nivel de educación identificado a las mujeres rurales de bajos ingresos mensuales, situación de discriminación y violencia. **Conclusiones:** Estos estudios muestran la necesidad de políticas públicas que reducir la velocidad y comprensión de la población rural, más específicamente a las mujeres rurales, las cuestiones de salud, educación y derechos de las mujeres.

**DESCRIPTORES:** Salud de la Mujer; La Salud Rural; Cuidado de la Salud; Brasil.

## INTRODUÇÃO

O Brasil é um país de dimensões continentais em que podem ser identificadas situações de desigualdades regionais assim como, sociais[1]. Nos últimos 50 anos, o país mudou de uma sociedade predominantemente rural para outra, em que mais de 80% da população reside em áreas urbanas[2]. No Brasil, as pessoas que identificam sua raça ou cor da pele como parda ou preta tendem a pertencer a grupos de renda mais baixa e menor escolaridade, e igualmente, se evidenciam desigualdades com relação às condições de saúde entre pessoas de diferentes raças ou cor de pele[1]. Nesse sentido, torna-se importante identificar essa população que reside e permanece no campo, visto que o Brasil é um país agrário apesar do crescimento industrial. A população rural é tida pelo Ministério da Saúde como aquela que é formada por povos e comunidades que tem seus modos de vida relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo. Destacam-se os camponeses, os agricultores familiares, trabalhadores rurais

assentados, acampados, assalariados e temporários, que residam ou não no campo; comunidades remanescentes de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; e outras comunidades tradicionais. Somadas, estas populações representam aproximadamente 31 milhões de pessoas que estão na área rural, ou seja, 16,5% da população brasileira[3].

Um dos programas do Ministério da Saúde é a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), do ano de 2011. Esta política tem por objetivo a melhoria do nível de saúde das populações do campo e da floresta, reconhecendo suas especificidades de gênero, geração, raça e etnia, por meio do acesso aos serviços de saúde, da redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho; e da melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida[4]. A partir da década de 1990, com a intensa movimentação no campo, com organizações populares como o Movimento dos Trabalhadores Rurais e Sem Terra, dá inicio a uma nova organização acerca da defesa dos direitos das mulheres rurais, conhecido como a Articulação Nacional das Mulheres Trabalhadoras Rurais, que lutam pelo acesso a terra, pela superação da histórica desigualdade de acesso aos direitos sociais e conta com a participação de jovens e mulheres, índios, afrodescendentes, bem como descendentes de imigrantes, que se organizam e exigem dos governos seus direitos[4]. Desta forma, torna-se importante identificar as produções científicas que envolvem a saúde de mulheres rurais no Brasil para poder identificar de que maneira a população rural brasileira está sendo sujeito de pesquisa e de mudanças de políticas públicas no Brasil e até que ponto as desigualdades regionais e sociais ainda prevalecem. Assim, o objetivo deste estudo é Identificar e descrever as produções científicas acerca da temática saúde da mulher rural no Brasil.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura. Este método de revisão possibilita a discussão de estudos e a formulação de conclusões gerais acerca de determinado assunto. Este estudo foi realizado seguindo as seguintes etapas: identificação do tema e pergunta de pesquisa; elaboração de critérios de inclusão e exclusão de estudos; avaliação e categorização dos artigos; interpretação e apresentação da revisão[5,6,7]. Assim, o tema deste estudo é: saúde da mulher rural, e a pergunta de pesquisa: Quais são as produções científicas acerca da temática saúde da mulher rural no Brasil? Os critérios de inclusão foram: ser artigo completo, estar disponível on-line, nos idiomas português, espanhol ou inglês. Os critérios de exclusão: resumos, teses, dissertações e a não abordagem do tema proposto. A busca foi realizada em junho de 2013 nas bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), e nas Bibliotecas Online: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), e Índice bibliográfico espanhol de ciências da saúde (IBECS). A estratégia de busca utilizada foi: Saúde da Mulher *AND* Saúde Rural. No SCIELO foram identificados 12 estudos; no LILCAS 7; na BDENF 3 e no IBECS nenhum, resultando um total de 22 estudos. Entre os

22 estudos foram identificados a repetição de publicações, a não específica abordagem do tema proposto; e outros definidos nos critérios de exclusão. Desta forma, este estudo é composto de 5 artigos, em que 4 estavam indexados ao SCIELO e 1 no LILACS. Foi construído um quadro sinóptico para a apresentação dos artigos (Tabela 1). A análise dos artigos é realizada pela análise de conteúdo de Minayo6, seguida da categorização temática. Após a análise dos artigos, foram estabelecidas 2 Categorias Temáticas, sendo elas: A saúde da mulher urbana *versus* a saúde da mulher rural e, A atenção a saúde da mulher rural no Brasil.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 5 artigos que compõem este estudo 3 são estudos quantitativos (A1, A2, A3) e 2 qualitativos (A4, A5). Das técnicas de pesquisa, foram evidenciadas: estudo transversal, exploratório e descritivo. Destes estudos, quatro foram realizados na Região Norte do Brasil (A1, A2, A3, A5) e um na Região Sul (A4). Com relação aos sujeitos da pesquisa, três artigos envolveram mulheres (A3, A4, A5), um artigo envolveu crianças (A2) e um, idosos (A1). A seguir, os artigos são apresentados na Tabela 1:

**Tabela 1. Síntese dos artigos que compõem o estudo, 2013.**

| Nº | Objetivo | Resultados | Referência |
|---|---|---|---|
| A1 | Avalia o padrão de acesso e utilização de serviços de saúde dos idosos residentes em áreas rurais no Brasil no ano de 2003 e compara com o padrão observado na população idosa urbana. | O padrão de acesso reflete-se na utilização de serviços de saúde. A proporção de idosos rurais que utilizou serviços de saúde nos quinze dias que antecederam a entrevista foi de 18,1% em 2003. No caso dos idosos urbanos, a taxa de utilização de serviços foi bem maior: 25,3 por 100 idosos. | Travassos C, Vacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro [periódico na internet]. 2007 [acesso 2013 jul. 28]; 23(10) [819prox.. 12p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/23.pdf |
| A2 | Avaliar a associação entre os diferentes gradientes das condições sociais e econômicas e o estado de saúde e nutrição e fatores associados entre pré-escolares de municípios baianos, gerando evidências sobre a mediação da desigualdade como constrangedora do adequado estado | Observou-se que a maior proporção das crianças do tercil mais pobre residia na área rural. Nesse mesmo patamar de condições de vida, a chefia da residência era exercida majoritariamente pela mulher, a escolaridade materna era a mais baixa. | Assis AMO, Barreto ML, Santos NS, Oliveira LPM, Santos SMC, Pinheiro SMC. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro [periódico na internet]. 2007 [acesso 2013 jul. 28]; 23(10) [819prox.. 13 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | nutricional na infância. | | p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/09.pdf |
| A3 | Descrever as taxas de aleitamento materno e analisar se o fator trabalho remunerado interfere na prática de amamentar de mães do Estado da Paraíba. | As mães residentes apenas na zona rural, com filhos menores de quatro meses, foi constatado que entre aquelas que trabalhavam fora houve uma prevalência significativamente menor de aleitamento materno exclusivo. Somente 126 mães declararam vínculo empregatício formal e bebês menores de 4 meses. | Vianna RPT, Rea MF, Venancio SI, Escuder MM. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro [periódico na internet] 2007 [acesso 2013 jul. 28]; 23(10) [820prox.. 6p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/15.pdf |
| A4 | Conhecer as ações de autocuidado de um grupo de mulheres rurais do município de Pelotas/RS. | Dentre as atividades de autocuidado realizadas, uma das entrevistadas referiu a realização do exame citopatológico de colo uterino como a efetivação do autocuidado em saúde, já outras informantes mencionaram alguns exames complementares, como a aferição da pressão arterial sistêmica e consulta médica nas unidades básicas de saúde rurais. | Thum MA, Ceolin T, Borges AM, Heck RT. Saberes relacionados ao autocuidado Entre mulheres da área rural do sul do brasil. Ver Gaúcha Enferm., Porto Alegre [periódico na internet] 2011 [acesso 2013 jul. 28]; 32(3) [820prox.. 5p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/20.pdf |
| A5 | Analisar relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. | As mulheres entrevistadas iniciaram o consumo de bebidas alcoólicas a partir dos 10 anos de idade. Seis eram casadas; três, separadas; e uma, solteira. Apresentaram baixa escolaridade. No que se | Monteiro CFS, Dourado GOL, Junior CAGG, Freire AKN. Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas Alcoólicas. Esc Anna Nery [periódico na internet] 2011 [acesso 2013 jul 28.]; 15(3) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | refere à situação econômica, seis mulheres possuíam renda própria entre R$ 100,00 e R$ 600,00 fruto da atividade como quebradeiras de coco, auxiliar de serviços gerais, diaristas e prostitutas. | [821prox.. 5p.]. Disponível em: http://www.scielo. |

Dos autores, 2013.

**Categoria 1. A saúde da mulher urbana *versus* a saúde da mulher rural**

O Estudo A1, ao realizar uma comparação entre idosos de população rural e urbana identificou que há menor acesso e consequente menor utilização de serviços de saúde nas populações rurais. Os idosos residentes em áreas rurais, além de enfrentar os problemas de saúde do envelhecimento tem de lidar com maiores barreiras para obter os serviços de saúde de que necessitam. Uma barreira importante enfrentada por esse grupo populacional ocorre em função da menor disponibilidade de serviços, particularmente em áreas esparsamente povoadas. Grandes distâncias a serem percorridas, dificuldades de transporte e baixa renda são fatores que, associados, reduzem a utilização de serviços de saúde. Segundo esse estudo (A1) as diferenças de gênero entre idosos urbanos são mais evidentes observando-se maior proporção de homens na primeira faixa de idade e maior proporção de mulheres na última faixa etária. Este resultado demonstra a relação da expectativa de vida e o sexo feminino, o que vai exigir demandas de atenção à saúde, principalmente de mulheres, idosas e da população rural[8,9]. A pesquisa realizada pelo estudo A1 identificou que a cobertura de mamografia nos dois anos que antecederam a entrevista entre as mulheres de 60 a 69 anos representa um indicador de acesso e adequação da atenção primária neste grupo populacional. Essa cobertura limitou-se a 13,9% para as mulheres residentes em áreas rurais. Já em áreas urbanas, a cobertura por mamografia para mulheres nesse grupo etário foi de 43,1%. Também, a proporção de idosos que referiu ter um serviço de saúde de uso regular, entre as pessoas residentes em áreas rurais, foi de 73,4% enquanto que na área urbana foi de 81,8%. O estudo A2, numa amostra de 2.001 crianças identificou que a maior proporção das crianças do tercil mais pobre residia na área rural. A chefia da residência era exercida pela mulher, a escolaridade materna era a mais baixa, o compartilhamento da cama pela criança com outra pessoa era comum e a existência de outra criança menor de cinco anos de idade no domicílio era mais frequente. Os resultados da pesquisa mostraram também que a criança, cuja condição de vida a classifica de mais pobre, tinha chance significantemente mais elevada de adoecimento nos 15 dias que precederam à entrevista, enquanto a chance de internamento nos últimos 12 meses da data da entrevista era mais elevada e estatisticamente significante para aquela do tercil intermediário, quando comparada com a mais rica. Esta pesquisa destaca a questão da chefia da residência realizada pela mulher, por ser ela que mantém financeiramente o lar, assim como a que exerce os cuidados domiciliares e às crianças. Igualmente a pobreza

esteve relacionada à área rural, o que está diretamente relacionado à mulher rural, ao acesso principalmente a saúde e à educação, o que resulta nos baixos índices identificados nas crianças[10]. O estudo A3, ao pesquisar sobre o aleitamento materno a crianças, assim como, a introdução de outros alimentos na alimentação das mesmas, por 11.076 mães de crianças menores de um ano da Paraíba, identificou que a maioria das famílias residia na zona urbana (64,8%). Quanto à escolaridade, 9,3% das mães eram analfabetas, 64,1% com o primeiro grau incompleto, 19,8% com escolaridade entre primeiro e segundo graus. Das crianças menores de quatro meses, 22,4% estavam em aleitamento materno exclusivo e 19,4% estavam em aleitamento materno predominante. O estudo, ao analisar os resultados das mães residentes na zona rural, com filhos menores de quatro meses identificou que entre aquelas que trabalhavam fora houve uma prevalência significativamente menor de aleitamento materno exclusivo. Somente 126 mães declararam vínculo empregatício formal e bebês menores de 4 meses, ou seja, deveriam estar em licença maternidade, mas apenas 81 delas receberam tal beneficio. Avaliando o efeito da licença maternidade nesse grupo, a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi significativamente maior entre aquelas com licença maternidade. Esta pesquisa evidencia as questões que envolvem a inserção de mulheres no mercado de trabalho, assim como do trabalho rural desenvolvido por mulheres o que vem diretamente à discussão de igualdade de direitos, e principalmente do direito a saúde e a educação[11].

**Categoria 2. A atenção a saúde da mulher rural no Brasil**

O estudo A4 aborda especificamente a saúde da mulher rural. No estudo foram pesquisadas 11 mulheres com idades entre 19 e 68 anos. O artigo destaca que a agricultura familiar no Brasil é fonte de recursos para as famílias com menor renda, além de fator redutor do êxodo rural, o que precisa ser considerado, dado o significativo crescimento urbano. O estudo aponta que na década de 40, em torno de 31,3%, da população residia nas cidades, enquanto no ano de 2000 já eram 81,2%. Mais especificamente, devido o estudo ter sido realizado no Rio Grande do Sul, em 2010 a população distribuía-se em 51,33% no sexo feminino e 48,67% no sexo masculino, sendo que apenas 14,90% residiam no meio rural. O estudo identificou que as mulheres em geral ocupam uma posição subordinada em relação à divisão do trabalho por sexo, na agricultura, e seu trabalho geralmente aparece como ajuda. Os autores descrevem que o trabalho da mulher é considerado por muitas pessoas, improdutivo, tendo em vista que abrange o campo dos cuidados com a família, alimentação, saúde, educação e higiene. Com relação aos resultados da pesquisa, a escolaridade era baixa entre as mulheres, apenas uma apresentava o ensino fundamental completo, as outras referiam o ensino fundamental incompleto. A renda familiar era de um e meio a três salários mínimos por mês, advindo, na maioria das vezes da aposentadoria ou da comercialização de produtos agrícolas oriundos da propriedade além da criação de animais como porcos, vacas e galinhas. O autocuidado exposto pelas mulheres participantes da pesquisa estava relacionado como uma maneira de evitar o desenvolvimento de doenças, sendo, portanto um cuidado desempenhado pela própria pessoa, com enfoque preventivo.

Dentre as atividades de autocuidado realizadas estavam: realização do exame citopatológico de colo uterino, exames complementares, aferição da pressão arterial sistêmica e consulta médica nas unidades básicas de saúde rurais. Este estudo compreende também a discussão do trabalho realizado pela mulher na área rural e as questões de desigualdades e de direitos trabalhistas também presentes nesse meio, o que abre espaços para a discussão de políticas públicas[12]. O estudo A5 envolve pesquisa com 10 mulheres rurais e o uso prejudicial de bebidas alcoólicas no Estado do Piauí. Os pesquisadores identificaram que as mulheres iniciaram o consumo de bebidas alcoólicas a partir dos 10 anos de idade. Seis eram casadas; três, separadas; e uma, solteira. Apresentaram baixa escolaridade e, no que se refere à situação econômica, seis mulheres possuíam renda própria entre R$ 100,00 e R$ 600,00 fruto da atividade como quebradeiras de coco, auxiliar de serviços gerais, diaristas e prostitutas. Quatro entrevistadas eram sustentadas pelos companheiros e recebiam bolsa família, tinham como ocupação cuidar da casa e filhos, sendo que duas mulheres se encontravam no 3º trimestre de gestação. A pesquisa evidenciou que as mulheres relataram uma trajetória de vida entrelaçada pela bebida alcoólica. Falam da convivência com familiares alcoolizados desde a infância, ora mostrando o pai como consumidor, ora a mãe como vendedora e/ou consumidora. A bebida era uma presença constante em suas vidas; apesar disso, elas não demonstram consciência da associação dessas experiências com sua condição de vida atual. O consumo de bebidas alcoólicas também se encontra associado às condições de trabalho. Relacionam a bebida como atenuante para as dificuldades diárias, seja o tipo de trabalho que desenvolvem e que consideram de difícil enfrentamento, como a prostituição e a quebra do coco, ou os problemas do cotidiano familiar. As mulheres relacionam a situação de ingestão de bebida alcoólica à questão social existente, residirem em uma comunidade pequena, com muitos bares, onde todos os moradores se conhecem e os encontros para beber funcionam como forma de socialização, descontração e de aceitação no grupo favorece o uso. Um fato alarmante é a questão que envolve a bebida ao cotidiano dos filhos dessas mulheres, assim como da violência doméstica praticada pelos homens. Nesse sentido, a questão da violência contra as mulheres rurais é de extrema relevância para o setor da saúde visto que os índices de violência contra as mulheres, a invisibilidade dessa problemática no campo da saúde e as incipientes estratégias de intervenção a partir dos serviços, são elementos que se articulam e tensionam o sistema de atenção[13].

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa buscou responder a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são as produções científicas acerca da temática saúde da mulher rural no Brasil? Assim, foi possível identificar 5 artigos científicos e destes, os temas que abrangeram esta pesquisa, envolveram a comparação entre a população urbana e a rural com relação ao acesso à saúde e aos indicadores de escolaridade e renda familiar, compreendeu também as resultantes da inserção das mulheres no mercado de trabalho e até mesmo da realização do trabalho no

campo, na saúde das crianças, seus filhos, com relação a amamentação, da alimentação, do uso de bebidas alcoólicas, entre outros. Os estudos também abordaram questões como o autocuidado de mulheres rurais e a questão da ingesta prejudicial de álcool por esta população e a violência doméstica.

Desta forma, os estudos mostram de maneira evidente a necessidade de Políticas Públicas que abrandam e compreendam a população rural, mais especificamente as mulheres rurais. Muito já se evoluiu no contexto que envolve as questões de gênero no Brasil, e principalmente com relação aos direitos da Mulher, entretanto esta revisão narrativa da literatura deixou clara a necessidade de maior implementação das políticas existentes em defesa da mulher, assim como a necessidade de políticas voltadas diretamente a defesa das mulheres rurais.

**ÁREA TEMÁTICA:** Gestão

**REFERÊNCIAS:**

1- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Série The Lancet: Saúde no Brasil [periódico na internet] 2011 [acesso 2013 jul. 29]; 1(6) [aprox. 20p.]. Disponível em: http://www.patriciaemick.com/UNISUL/Coletiva%20I/Materiais/coletivaI_documento_saude%20no%20brasil%20cap%2001.pdf

2- Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Série The Lancet: Saúde no Brasil [periódico na internet] 2011 [acesso 2013 jul. 29]; 2(6) [aprox.. 20p.]. Disponível em: http://www.patriciaemick.com/UNISUL/Coletiva%20I/Materiais/coletivaI_documento_saude%20no%20brasil%20cap%2002.pdf

3- Ministério da Saúde (BRASIL). Portal da Saúde: Saúde da População do Campo e da Floresta, 2013. [acesso 2013 jul. 29]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1049

4- Ministério da Saúde (BRASIL). Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, 2011. [acesso 2013 jul. 29]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_Campo_Floresta.pdf

5- Cordeiro AM, Oliveira GM, Rentería JM, Guimarães CA. Grupo de Estudo de Revisão Sistemática do Rio de Janeiro (GERS-Rio). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Rev. Col. Bras. Cir. [periódico na internet] 2007 [acesso 2013 jul. 29]; 34(6) [aprox. 10p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf..

6- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ªed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2010.

7- Rother ET. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. Acta Paul Enferm [periódico na internet] 2007 [acesso 2013 jul. 29]; 2(6)[aprox. 10p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf

8- Camarano AM, Kanso S, Fernandes D. Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas. IPEA, Mercado de trabalho [periódico na internet] 2013 [2013 jul. 29]; 54(sn) [aprox. 10p.]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/bmt54_nt01_envelhecimento.pdf

9- Bertuzzi D, Paskulin LGM, Morais EP. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. Texto Contexto Enferm, Florianópolis [periódico na internet] 2012 [acesso 2013 jul. 30]; 21(1) [aprox. 8p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a18v21n1.pdf

10- Barbosa MCS, Fernandes SB. Educação infantil e educação no campo: um encontro necessário para concretizar a justiça social com as crianças pequenas residentes em áreas rurais. Revista Reflexão e Ação, Santa Cruz do Sul [periódico na internet] 2013 [acesso 2013 jul. 30]; 21(sn) [aprox. 16p.]. Disponível em: http://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/3388/2458

11- Pereira MSX, Santos ML. Igualdade de gênero nas relações de trabalho: superando os estereótipos entre homem e mulher. Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM [periódico na internet] 2010[acesso 2013 jul. 30]; 5(2) [aprox. 8p.]. Disponível em: http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistadireito/article/view/7051/4264

12- Heredia BMA. Gênero e acesso a políticas públicas no meio rural brasileiro. Revista Era [periódico na internet] 2006 [acesso 2013 jul. 30]; 9(8) [aprox. 10p.]. Disponível em: http://revista.fct.unesp.br/index.php/nera/article/view/1443/1420

13- Costa MCC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. Rev Esc Enferm USP [periódico na internet] 2012 [acesso 2013 jul. 30]; 46(5) [aprox. 15p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/08.pdf

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ACIDENTES DE TRABALHO POR QUEIMADURAS NO CONTEXTO DA SOCIEDADE CAPITALISTA*

# WORK ACCIDENTS BY BURNS IN THE CONTEXT OF CAPITALIST SOCIETY

# ACCIDENTES LABORALES POR QUEMADURAS EN EL CONTEXTO DE LA SOCIEDAD CAPITALISTA

MARTINS, Caroline Lemos[1]
ANTONIOLLI, Liliana[2]
BARTEL, Tainã Eslabão[2]
STURBELLE, Isabel Cristina Saboia[2]
THOFEHRN, Maira Buss[3]
ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena[4]

*Trabalho apresentado a disciplina de Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), ministrada pelas professoras Drª Maira Buss Thofehrn e Drª Valéria Cristina Christello Coimbra.

1Enfermeira. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem (FEn) da UFPel. Contato: kroline_lemos@hotmail.com
2 Acadêmico(a) de enfermagem da FEn da UFPel.
3Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação da FEn da UFPel.
4 Enfermeira. Doutora em Ciências e Docente do Programa de Pós-Graduação da FEn da UFPel. Orientadora do trabalho.

**RESUMO: Introdução:** acidentes de trabalho constituem grave problema de saúde pública, sendo as queimaduras comuns no cotidiano laboral. **Objetivo:** apresentar uma breve reflexão acerca das queimaduras por acidentes de trabalho no contexto da sociedade capitalista, a partir do resgate histórico do trabalho no Brasil e no mundo e sua implicação na saúde dos trabalhadores. **Resultados:** queimaduras ocupacionais podem provocar nos indivíduos prejuízos físicos, emocionais e econômicos, diminuindo sua capacidade para realização de tarefas e afastando-o das atividades laborais e da vida social. Os trabalhadores que realizam atividades de risco para queimaduras precisam ser alertados sobre os perigos no ambiente laboral e os empregadores precisam fornecer condições adequadas para realização do trabalho. **Conclusões:** os profissionais de enfermagem necessitam promover estratégias educativas sobre prevenção de queimaduras nos ambientes laborais, através de informações sobre medidas preventivas e identificação de perigos e riscos que afetam a saúde e segurança do trabalhador.

**DESCRITORES:** Acidentes de Trabalho; Saúde do trabalhador; Queimaduras.

**ABSTRACT**: **Introduction**: accidents at work constitute a serious public health problem, being the burns common in daily work life. **Objective:** to present a brief reflection about the burns by accidents at work in the context of the capitalist society, from the rescue of job history in Brazil and in the world and its implication on the health of workers. **Results**: occupational burns can cause in the individuals physical, emotional and economic losses, decreasing their ability to perform tasks and getting them away from work activities and social life. Workers who perform risk activities for burns need to be advised about the dangers in the workplace and the employers need to provide suitable conditions for completion of the work. **Conclusions:** the nursing professionals need to promote educational strategies on prevention of burns in work environments, through information about preventive measures and identification of hazards and risks affecting the health and safety of the worker.

**DESCRIPTORS**: Accidents, Occupational; Occupational Health; Burns.

**RESUMEN**: **Introducción**: los accidentes de trabajo constituyen un problema grave de salud pública, siendo común quemaduras de la vida diaria. **Objetivo:** presentar una breve reflexión sobre las quemaduras por accidentes de trabajo en el contexto de la sociedad capitalista, desde el rescate del histórico de trabajo en Brasil y en el mundo y sus implicaciones en la salud de los trabajadores. **Resultados:** quemaduras ocupacionales pueden causar pérdidas físicas, emocionales y económicas en los individuos, disminuyendo su capacidad para realizar tareas y manteniendo los alejados de las actividades laborales y la vida social. Los trabajadores que realizan actividades de riesgo para las quemaduras necesitan ser asesorados acerca de los peligros en el lugar de trabajo y los empleadores deben proporcionar las condiciones adecuadas para la terminación de la obra. **Conclusiones:** los profesionales de enfermería necesitan promover estrategias educativas para la prevención de quemaduras en ambientes laborales, a través de información sobre las medidas preventivas y identificación de peligros y riesgos que afectan a la salud y la seguridad del trabajador.

**DESCRIPTORES**: Accidentes de Trabajo; Salud Laboral; Quemaduras.

## INTRODUÇÃO

A sociedade capitalista é constituída pela relação de dominação entre seus membros, na qual uma parte (minoria) é dona do capital e a outra (maioria) requer da remuneração do seu trabalho. Para manter a sobrevivência, os indivíduos necessitam se organizar através do modo de produção, e é por este meio que conseguem suprir suas necessidades básicas como, comer, vestir e morar. O trabalho humano gera um valor econômico às coisas e

produz riqueza[1] e, enquanto atividade organizada pelo planejamento e execução, é realizado por meio da aplicação de forças mentais e físicas dos trabalhadores no processamento do meio ambiente, através do manejo de ferramentas. O trabalho é considerado a base de formação da identidade dos indivíduos, consolida a cultura dos povos, distingue a política interna das comunidades e se mantém como base para a sobrevivência humana[2]. O Brasil, ao longo do tempo, vêm sofrendo influência da globalização e é possível perceber a relação de exploração dos trabalhadores, por parte dos detentores do capital, na medida em que estes indivíduos vendem suas horas de labor em troca de salários, muitas vezes baixos, e se submetem a jornadas duplas ou triplas para garantir a sua sobrevivência e da família. Os trabalhadores brasileiros para enriquecer o capitalista passaram a adotar formas de produção semelhantes às de uma máquina, realizando atividades de forma alienada e ritmada[1], as quais tornam o trabalho cansativo e podem favorecer o desenvolvimento de doenças e acidentes de trabalho. Conforme legislação em vigente[3], os acidentes de trabalho são considerados os incidentes advindos do exercício do trabalho a serviço da empresa, que provocam lesão corporal ou perturbação funcional no trabalhador, incapacitando-o temporariamente ou definitivamente para o trabalho, independente do seu vínculo empregatício (formal ou informal). Ainda, são considerados acidentes ocupacionais, a doença profissional e a doença do trabalho, sendo estas desencadeadas em conformidade com a atividade laboral desenvolvida pelo trabalhador[3]. Segundo autores[4], os acidentes de trabalho são fenômenos socialmente determinados, pois resultam da inserção dos trabalhadores no processo de produção e na sociedade e, independente do país e setor da economia, são comuns no cotidiano dos trabalhadores[4]. Os acidentes ocupacionais são considerados um grave problema de saúde pública em todo o mundo e acompanham a história do trabalho através dos tempos, acarretando consequências sociais, econômicas e psicológicas às vítimas, familiares e empregadores, resultando em incapacidades permanentes ou temporárias e, em alguns casos, até a morte do trabalhador; além de onerar o sistema de saúde[5]. No Brasil, no ano de 2010 foram registradas 701.496 comunicações de acidentes de trabalho junto ao Ministério da Previdência Social[6]. Ao analisar os motivos destas comunicações, independente da região do corpo acometida e agente etiológico, nota-se que 2,52% (n=17.698) das comunicações corresponderam a queimaduras desencadeadas durante a realização das atividades laborais. Embora este percentual seja considerado pequeno, em comparação a outras lesões, há um grande número de trabalhadores que sofrem queimaduras no exercício do trabalho[6], sendo estas, com grande frequência, causadoras de importantes comprometimentos à saúde física, emocional e/ou psicológica entre estes indivíduos. É importante destacar que os acidentes de trabalho devido a gravidade das lesões, repercutem negativamente na vida dos trabalhadores, no desempenho do papel familiar e na produtividade do país[5]. Autores[7] referem que os acidentes ocorridos durante o desempenho das atividades laborais constituem a segunda causa de lesões por queimaduras, ficando atrás apenas dos agravos ocorridos em ambientes domésticos. Desta maneira, percebe-se

que as queimaduras são comuns no cotidiano dos trabalhadores e determinam o rompimento da rotina de vida e a perda de dias de trabalho[8]. Cabe às empresas, empregadores e profissionais de segurança e medicina do trabalho, o comprometimento com a saúde de seus funcionários, fornecendo um ambiente laboral saudável e seguro, que vise o crescimento pessoal e profissional dos trabalhadores. Nessa perspectiva, torna-se importante, por parte dos empregadores, compreender que os ambientes laborais necessitam de programas de prevenção, com vistas à manutenção da saúde dos trabalhadores, eliminação dos riscos ambientais originados durante as atividades desenvolvidas[9] e a realização de treinamentos periódicos que permitam aos trabalhadores, além de ter domínio das suas atividades laborais, saber identificar situações de risco para a ocorrência de acidentes. Do mesmo modo, maiores investimentos em estudos voltados a temática são necessários, de maneira a observar as condições estruturais e organizacionais dos postos de trabalho[10] e a forma como os trabalhadores enfrentam os riscos de agravos à saúde nestes espaços[9]. Para compreensão das circunstâncias e de como ocorrem as queimaduras ocupacionais, é necessário conhecer a trajetória de formação das sociedades e também como as atividades laborais se constituíram ao longo do tempo. Nesta reflexão, terá destaque o modo de produção da sociedade capitalista, já que esta forma de economia exerce influência na saúde dos trabalhadores.

**OBJETIVO**

Apresentar uma breve reflexão acerca das queimaduras por acidentes de trabalho no contexto da sociedade capitalista, a partir do resgate histórico do trabalho no Brasil e no mundo e sua implicação na saúde dos trabalhadores.

**RESULTADOS**

Os resultados apresentados são divididos em dois tópicos, sendo eles: 1) constituição do trabalho e os acidentes e; 2) acidentes de trabalho por queimaduras no contexto da sociedade capitalista. 1) Constituição do trabalho e os acidentes: o trabalho é definido como o conjunto de atividades intelectuais e manuais, organizadas pela espécie humana, aplicadas sobre a natureza, para garantir a subsistência. A origem da palavra trabalho teve associação ao *tripalium* – um antigo instrumento de tortura, visto que no decorrer da história das sociedades, as atividades laborais nem sempre foram desejáveis por homens e mulheres[2]. Ao longo do tempo, as sociedades foram constituídas por sistemas que desenvolviam suas atividades laborais de forma semelhante a uma máquina, estes sistemas eram considerados perfeitos quando os subsistemas (trabalhadores) cumpriam suas funções e alcançavam o objetivo que deu origem a estas funções, ou seja, garantir a produção de mercadorias. Desta forma, a organização da sociedade capitalista é obtida a partir das relações de produção que reproduzem a exploração e a dominação por parte dos donos do capital sobre o trabalho dos indivíduos, sendo estas relações caracterizadas como tensas e conflituosas[1]. O início do século XIX foi um período marcado por precárias condições

laborais nas indústrias, devido ao emprego indiscriminado de crianças e mulheres, jornadas de trabalho exaustivas, salários abaixo do valor real da mão de obra e péssimas condições de trabalho oferecidas pelos empregadores para o desenvolvimento das atividades remuneradas; aspectos que ainda podem ser observados na atualidade, os quais fragilizam a segurança dos trabalhadores no Brasil e no mundo. No transcorrer dos anos, a transformação tecnológica e a concorrência capitalista em níveis globais atingiram todas as esferas do trabalho social, com exploração das capacidades humanas em prol da acumulação de bens, colocando em risco à saúde dos trabalhadores[2]. A inserção dos indivíduos no mercado de trabalho, apesar das precárias condições para o desempenho das atividades, é necessária e vital para a manutenção do *status* social do trabalhador e sustento próprio e familiar. Contudo, algumas profissões expõem os trabalhadores aos riscos de comprometimento da integridade física e, o medo passa a fazer parte da vivência do trabalhador no ambiente de trabalho, que para manter o processo de produção, precisa negar a existência dos riscos e dar continuidade ao desempenho das suas atividades, mesmo com o mínimo de segurança. A negação dos riscos no ambiente de trabalho é considerada uma ideologia defensiva, a qual é criada pelo trabalhador para lutar contra os perigos e riscos reais, neste caso, os acidentes e doenças ocupacionais, tornando-se obrigatória em determinadas ocupações para manter a subsistência do trabalhador e da família[11]. Desta maneira, o trabalhador para atuar em ambientes com inúmeros riscos, subjetivamente, precisa desenvolver estratégias de enfrentamento[9], as quais visam garantir a proteção do indivíduo e impedir a interrupção do processo de produção. Nestes espaços de trabalho diversos riscos permeiam a relação trabalhador-processo de trabalho, os quais podem afetar tanto a mente quanto o corpo do trabalhador[12]. Comumente, os setores industriais produtores de mercadorias de baixa qualidade e/ou pequenas empresas, para superar a frágil sobrevivência no mercado de trabalho, oferecem precárias condições de trabalho, acarretando na aceleração do ritmo e intensidade das tarefas, aumentando a exposição do trabalhador à ocorrência de lesões e acidentes graves[2]. Os acidentes de trabalho são considerados fenômenos previsíveis e evitáveis, já que as situações de risco estão presentes muito tempo antes da sua ocorrência, porém, não é possível prever a hora exata do evento ou o trabalhador que será acometido[4]. Ainda, estes autores[4] revelam que a palavra acidente, em vários idiomas, possui como definição, evento repentino e inesperado, que resulta em efeitos não esperados e não almejados pelos acidentados, além de ser um acontecimento não intencional. Na perspectiva dos trabalhadores que sofrem estes agravos, o acidente pode ser imaginado como resultante da falta de sorte, azar ou consequência do seu descuido, colaborando para o surgimento de sentimentos de culpa ou castigo, sem levar em consideração a análise dos riscos e aspectos que contribuíram para sua ocorrência. No desempenho dos afazeres no ambiente laboral muitos trabalhadores são expostos a riscos de origem física, química, biológica, psicológica e ergonômica que estão atrelados a condições de trabalho perigosas, insalubres e inseguras que comprometem a saúde e a qualidade de vida destes indivíduos[13]. Nesse pensar, o risco pode ser definido como, coletivo, residual,

suposto e real. Coletivo, quando o risco atinge diversos trabalhadores na mesma tarefa. Residual, quando o risco não é extinto totalmente pela organização do trabalho e o sujeito (trabalhador) assume o risco de forma individual. Suposto, quando o risco ainda não é conhecido em detalhes. O risco real existe em todos os locais de trabalho e gera um estado de medo na maioria dos trabalhadores. Assim, a ocorrência de um acidente, no ambiente de trabalho, pode revelar a existência de um risco que até o momento era desconhecido[11] e é descoberto com a ocorrência do acidente. A globalização e a reestruturação produtiva são os possíveis responsáveis pela precarização das condições laborais, além da legalização do trabalho temporário ou informal, que favorecem a perda dos direitos trabalhistas e geram cenários de adoecimento e agravos a saúde[13]. Ainda, a inserção precoce dos indivíduos no mercado de trabalho, principalmente, crianças e adolescentes que desenvolvem atividades domésticas e de trabalho familiar, cooperam com o aumento do número de acidentes ocupacionais[5]. Os acidentes de trabalho representam uma agressão aos trabalhadores, que além de afastá-los das atividades laborais, uma vez que prejudicam sua integridade física e mental, privam os mesmos de desempenharem seu papel social tanto no ambiente laboral quanto familiar, tendo como consequência (dependendo da gravidade do acidente) a perda de dias de trabalho ou afastamento permanente do trabalhador, impactando negativamente na produtividade do país[5]. É importante pensar que a forma como o trabalho é realizado pode favorecer a ocorrência de acidentes, enfermidades ou morte, as quais são resultantes, na maioria das vezes, de precárias condições estruturais e organizacionais[10], uso inadequado de equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos de proteção coletiva (EPC), manipulação de tecnologias desconhecidas pelo trabalhador, ausência de treinamento e jornadas de trabalho intensas e exaustivas, que fragilizam a saúde física e mental do indivíduo[13]. Em relação aos EPI, embora alguns empregadores disponibilizem estes equipamentos de proteção em condições adequadas e em quantidade suficiente[9], isso não é observado em todas as empresas, comprometendo a realização do trabalho com segurança[10]. A adesão dos trabalhadores ao uso de EPI e práticas seguras no desenvolvimento do trabalho deve levar em consideração, além da sua subjetividade, às condições de trabalho oferecidas ao mesmo[10]. No Brasil, um número considerável de ambientes de trabalho ainda apresentam-se precários, no que diz respeito à adoção de normas de segurança, por esta razão, durante as tarefas habituais, os trabalhadores necessitam arriscar-se. Assim, as decisões de correr riscos pelos trabalhadores não são fruto de sua livre escolha e, sim, consequência das imposições organizacionais das empresas[4]. A investigação dos acidentes de trabalho deve buscar analisar os aspectos subjetivos dos trabalhadores, na tentativa de compreender os motivos que os fazem assumir determinados riscos, bem como, as condições estruturais e organizacionais em que o trabalho é realizado[10]. Nessa perspectiva, é responsabilidade das empresas adotarem medidas individuais e coletivas de proteção à saúde dos trabalhadores, fornecendo informações sobre os riscos contidos nas atividades laborais e cumprimento às normas de segurança e higiene estabelecidas em lei[3]. Nesse sentido, faz-se necessária a adoção de novas políticas

públicas e práticas de prevenção de acidentes de trabalho no país, incluindo o estímulo e apoio das agências de fomento, Sistema Único de Saúde e universidades. Além disso, ressalta-se a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais da área de saúde que cotidianamente atendem os trabalhadores acidentados nos serviços de saúde, para que possam identificar e notificar os acidentes de trabalho, colaborando para o conhecimento da realidade destes acidentes no Brasil[13]. Estratégias de prevenção nos espaços de trabalho são importantes para redução destes agravos e devem ser realizadas mediante o conhecimento dos seus determinantes e a implantação de medidas políticas, administrativas e legais. Outra medida fundamental para prevenção deste importante problema de saúde pública é a melhoria das informações e registros de acidentes ocupacionais pelo Sistema Único de Saúde, contemplando a extensão, a gravidade das lesões e os trabalhadores que não segurados pela previdência social[8]. Como medida local, as empresas e os profissionais de segurança e medicina do trabalho podem estimular nos trabalhadores a consciência e o diálogo a respeito das condições inseguras que afetam a sua saúde nos espaços, uma vez que estes indivíduos participam do processo de produção e podem ajudar na melhoria das condições de trabalho nas empresas em que atuam[1]. Ao respeito, autores[10] em pesquisa com objetivo de identificar e analisar as produções científicas existentes acerca de acidentes de trabalho disponíveis na literatura brasileira revelou que são escassos os estudos que abordam esta temática, demonstrando a necessidade dos pesquisadores investirem em pesquisas que avaliem as condições de trabalho, os aspectos que permeiam a relação trabalhador-acidente e o impacto dos acidentes na vida dos trabalhadores. 2) Acidentes de trabalho por queimaduras no contexto da sociedade capitalista: entre os riscos presentes nos ambientes laborais que expõem os trabalhadores a ocorrência de queimaduras, destacam-se principalmente, os riscos físicos e químicos[12]. No Brasil, cerca de um terço das queimaduras ocorrem em ambientes de trabalho, acometendo, principalmente, indivíduos do sexo masculino e adultos jovens[7]. O predomínio de queimaduras ocupacionais na população masculina estaria relacionado ao fato dos homens permanecerem envolvidos em ocupações laborais de maior risco, com exposição à corrente elétrica, equipamentos e máquinas[14]. Os adultos jovens estariam mais expostos a sofrer queimaduras, por realizarem atividades com maior entusiasmo, falta de atenção e, por vezes, serem menos cuidadosos e inexperientes[15]. Em estudo com objetivo de investigar a ocorrência de acidentes ocupacionais em adolescentes trabalhadores, autores[5] observaram que a maior parte dos acidentes relatados foram em decorrência de queimaduras, as quais acometeram, em proporções semelhantes, tanto homens quanto mulheres. Outro aspecto importante a ser considerado na avaliação dos acidentes é a gravidade da queimadura, uma vez que esta pode variar conforme a ocupação[16]. Algumas ocupações expõem os trabalhadores constantemente aos riscos de queimaduras, por exemplo, os indivíduos que atuam na construção civil, soldadores, mecânicos, eletricistas, operadores de equipamentos agrícolas, cozinheiros, operários de manutenção, mineração, agricultura e bombeiros[16]. Observa-se que as queimaduras graves são mais susceptíveis de acometer múltiplas regiões do corpo e

os profissionais que atuam como eletricistas e trabalhadores de linhas de produção, podem sofrer queimaduras mais graves e com maior superfície corporal queimada. Sendo assim, esses indivíduos precisam ser treinados, acompanhados e incentivados quanto à utilização correta dos instrumentais de trabalho e dos EPI e EPC adequados no desenvolvimento de suas atividades[14]. Em estudo realizado há mais de uma década, autores[15] constataram que a maioria dos acidentes de trabalho por queimaduras ocorreu em decorrência de fatores humanos, como descuido ou pressa na realização das atividades, seguido de pequenas falhas mecânicas, como pisos escorregadios, exposição de fios elétricos e vazamento de tubos e, a minoria destes agravos, estava relacionada a grandes falhas mecânicas de equipamentos. O tipo de trabalho realizado no momento do acidente, na maioria das vezes, determina a parte do corpo do trabalhador atingida pela queimadura[14]. Segundo os registros de acidentes de trabalho notificados junto a Previdência Social, as queimaduras de punho e mão representaram a principal causa de lesões por este tipo de trauma, somando um total de 4.379 registros[3]. As mãos são consideradas os principais instrumentos de trabalho humano e são descritas como as regiões do corpo mais acometidas pelos acidentes de trabalho[13]. As queimaduras que mais repercutem em impedimento ao trabalho atingem regiões do corpo como os membros superiores e inferiores, e acarretam em maior prejuízo na capacidade para realização de tarefas e retorno as atividades laborais[17]. As queimaduras são comuns em ambientes domésticos e laborais[7], porém, dependendo das circunstâncias em que aconteceram e quando associados ao trabalho, tornam-se responsabilidade das empresas. O comprometimento com a saúde e a vida dos trabalhadores deve ser preocupação de todos os atores envolvidos nestes ambientes, já que o trabalho é o local onde os indivíduos permanecem um terço do dia e se constitui como o meio de subsistência para maioria da população[2]. Faz-se necessário à investigação acerca das queimaduras ocupacionais, através do conhecimento dos perigos e riscos contidos nos locais de trabalho, com vistas a implementação de estratégias de prevenção como treinamentos periódicos e adesão dos trabalhadores aos EPI e EPC, por exemplo, utilização de retardantes de chama, vestuário de proteção, mantas isolantes, luvas e desativação da energia elétrica[14]. Cabe destacar que os profissionais de enfermagem têm um importante papel na promoção de estratégias educativas nos ambientes de trabalho, veiculando informações sobre medidas preventivas e identificação de situações de risco; conscientizando os trabalhadores sobre práticas inseguras e o julgamento de decisões que afetam sua saúde e segurança[14]. Os trabalhadores identificados como os mais propensos, ou mais expostos, à ocorrência de acidentes por queimaduras devem ser capacitados constantemente, a fim de desenvolverem seu trabalho garantindo sua integridade física e mental. O trabalhador que sofre queimadura pode necessitar de internação hospitalar, sendo forçado a afastar-se da família e do trabalho e conviver com rotinas estressantes como cuidados diários, banhos, troca de curativos e procedimentos invasivos. Ainda, as cicatrizes e sequelas podem limitar os movimentos considerados essenciais ao trabalhador, impedindo o autocuidado e prejudicando a percepção da autoimagem, pela dependência para realização dos cuidados pessoais básicos,

comprometendo a autonomia do indivíduo e diminuindo a capacidade funcional para realização de tarefas[17], além de determinar o afastamento temporário ou definitivo das atividades de vida e de trabalho[5]. Quando o trabalhador é privado de realizar as atividades laborais coloca-se em risco sua sobrevivência, devido ao sofrimento psíquico originado da ausência de reconhecimento de sua identidade[2] após o acidente. Neste período, o trabalhador torna-se improdutivo e pode vivenciar o sentimento de invalidez, já que o incidente da queimadura, por vezes, é considerado o marco que separa a vida produtiva da não produtiva[17]. A capacidade de trabalhar tem forte significado para os indivíduos inseridos na sociedade capitalista e após a ocorrência da queimadura, os trabalhadores podem apresentar dificuldades, de origem física ou emocional, significativas no processo de reinserção social e retorno ao trabalho. Autores[18] observaram que cerca de um ano após a ocorrência do trauma por queimaduras, quase a totalidade dos indivíduos retornam as atividades laborais, contudo, as condições físicas e psíquicas dos acometidos, assim como, as condições de trabalho são apontadas como os principais aspectos que dificultam ou impedem este retorno. Assim, destaca-se a importância de direcionar ações voltadas a reabilitação funcional e psicológica dos trabalhadores queimados, uma vez que é através do corpo que o indivíduo se apresenta a sociedade. Após o trauma, o corpo modificado pelas lesões e cicatrizes pode ser avaliado de maneira negativa pelo trabalhador, sendo considerado um obstáculo ou impedimento à reabilitação social, gerando uma importante fonte de sofrimento psíquico ao individuo[17]. O atendimento às vítimas de queimadura visa à qualidade de vida do sobrevivente e o objetivo do cuidado deve envolver a restauração da saúde, reabilitação e a reintegração do indivíduo a sociedade, incluindo a possibilidade de retorno a um emprego remunerado[19]. Nesse processo, destaca-se o papel dos profissionais de enfermagem, os quais podem desempenhar papel importante tanto na prevenção desses acidentes quanto na realização de cuidados voltados à diminuição das complicações e das sequelas físicas e psíquicas dos trabalhadores acidentados, bem como desenvolver estratégias que visem a reabilitação para o retorno ao trabalho.

## CONCLUSÕES

A valorização do sujeito na sociedade vincula-se à sua capacidade de trabalhar, porém, o trabalho pode ser um importante meio para o desenvolvimento de incapacidades físicas e psíquicas aos indivíduos. A possibilidade de ocorrência de acidentes por queimadura varia conforme a ocupação, assim, indivíduos envolvidos em ocupações consideradas de risco, necessitam ser esclarecidos para o desenvolvimento de atividades de maneira segura. Desta forma, é necessário que os trabalhadores estejam conscientes dos riscos presentes nos ambientes de trabalho e do uso adequado de EPI e EPC, promovendo um ambiente de trabalho saudável e seguro, que estimule o autocuidado do profissional e a manutenção da sua integridade física e psíquica. Os empregadores devem estar envolvidos na promoção e proteção da saúde de seus trabalhadores, fornecendo equipamentos de proteção e treinamentos, além de promover espaço e estrutura física adequados às atividades do

trabalho. Os profissionais de enfermagem necessitam desenvolver estratégias que visem à capacitação e reflexão dos trabalhadores sobre o seu próprio processo de trabalho e que garantam a integridade física e mental destes indivíduos nestes espaços. Por fim, o cuidado aos trabalhadores que sofreram queimaduras deve incluir estratégias que tenham como objetivos a diminuição de complicações, reintegração do indivíduo a sociedade e retorno às atividades laborais.

**ÁREA TEMÁTICA:** Trabalho

**REFERÊNCIAS**

1. Guareschi PA. Sociologia crítica: alternativas de mudança. 63ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2011. 156 p.

2. Pinto GA. A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular. 2010. 88 p.

3. Brasil. Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providencias. [internet] 1991 [acesso em 2013 jul. 30]. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html

4. Binder MCP, Almeida IM. Acidentes do trabalho: acaso ou descaso? In: Mendes R, organizador. Patologia do trabalho. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 767-808.

5. Santos MEA, Mauro MYC, Brito CG, Machado DC. Trabalho precoce e acidentes ocupacionais na adolescência**.** Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(4):824-32.
6. Brasil. Anuário estatístico de acidentes de trabalho 2010. Brasília, 2010. [acesso em 31 jul. 2012]. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1219

7. Gawryszewski VP, Bernal RTI, Silva NN, Neto OLM, Silva MMA, Mascarenhas MDM, et al. Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009. Cad saúde pública. 2012;28(4):629-40.

8. Santana VS, Araújo-Filho JB, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. Rev saúde pública. 2006;40(6):1004-12.

9. Luz FR, Loro MM, Zeitoune CG, Kolankiewicz ACB, Rosanelli CSP. Riscos ocupacionais de uma indústria calçadista sob a ótica dos trabalhadores. Rev Bras Enferm. 2013;66(1):67-73.

10. Prochnow A, Magnago TSBS, Tavares JP, Beck CLC, Silva RM, Ceron MDS, et al. Acidente de trabalho: uma revisão integrativa. Rev enferm UFSM. 2012;2(1):156-64.

11. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez – Oboré. 1992. 168 p.

12.Organización Mundial de la Salud. Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo. 2010. 137 p.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NO SEU COTIDIANO DE TRABALHO: UM ESTUDO DE TENDÊNCIAS

# DEFENSIVE STRATEGIES UTILIZED BY NURSES IN THEIR DAILY WORK: A STUDY OF TRENDS

# ESTRATEGIAS DEFENSIVAS UTILIZADO POR LAS ENFERMEIRAS EN SU TRABAJO DIARIO: UN ESTUDIO DE LAS TENDENCIAS

FREITAS, Paula Hübner[1]
COELHO, Alexa Pupiara[2]
BECK, Carmem Lúcia Colomé[3]
FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva[4]
FREITAS, Natiellen Quatrin[5]
SANGOI, Thais Picolin[6]
VIERO, Viviani[7]

1 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM. Email: enf.paulahf@gmail.com
2 Acadêmica do 7º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
3Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
4 Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
5 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
6 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
7 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.

**RESUMO**
O presente estudo foi fundamentado em uma busca bibliográfica desenvolvida no portal de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior, em novembro de 2012, com a utilização dos termos "enfermagem" e "estratégias defensivas". Foram incluídos trabalhos que apresentaram reflexões sobre o tema referente às estratégias defensivas utilizadas pelos enfermeiros no seu cotidiano, e excluídos aqueles que não apresentaram a temática e não tinham os enfermeiros como sujeitos de pesquisa, sendo analisadas 11 produções. Foi possível identificar que os enfermeiros utilizam estratégias defensivas no seu trabalho, independente do seu campo de atuação, com o propósito de eufemizar os sentimentos desagradáveis advindos da organização do trabalho para manter o equilíbrio físico e psíquico. Concluiu-se que, ao considerar essas dimensões, é possível oferecer aos trabalhadores melhores condições para enfrentarem o sofrimento, minimizando, assim, o risco de adoecimento psíquico e físico, e ressalta-se a importância de novos estudos, principalmente na Atenção Básica, campo que ainda não é explorado significativamente.

**Descritores**: Enfermagem; Trabalho; Saúde do trabalhador.

**ABSTRACT**
The present study was grounded in a bibliographic search developed at the theses and dissertations portal, from the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel, in November 2012, using the terms "nursing" and "defensive strategies". In this research, were included works that presented reflections relative to defensive strategies utilized by nurses in their daily routine, and were excluded those that did not show this theme or did not have nurses as research subjects, through the analysis of 11 productions. It was possible to identify that nurses use defensive strategies on their jobs, independently of their field of operation, with the purpose of euphemize the unpleasant feelings that arise from work organization to maintain physical and mental balance. As a conclusion, considering those dimensions, it is possible to offer workers better conditions to confront their suffering, minimizing, this way, the risk of psychical and physical illness, and it is accentuated the importance of new studies, mainly on Primary Care, field that has not been meaningly explored yet.

**Descriptors:** Nursing;Work; Ocuppational Health.

**RESUMEN**
Es una busca bibliográfica desarrollada en el portal de teses y disertaciones de la Coordinación de Mejora de Personal del Nivel Superior, en Octubre de 2012, utilizando los términos "enfermería" y "estrategias de defensa". Se incluyeron los estudios que muestran reflexiones sobre el tema relativo a las estrategias defensivas utilizadas por las enfermeras

en su trabajo diario y los estudios excluidos que no presenten la temática y no tenía enfermeras como sujetos de investigación, se analizaron 11 producciones. Fue posible identificar que las enfermeras utilizan estrategias defensivas en su trabajo, independientemente de su ámbito, con el fin de sentimientos desagradables eufemizar derivados de la organización del trabajo para mantener el equilibrio físico y mental. Se concluye que al considerar estas dimensiones, podemos ofrecer a los trabajadores mejores condiciones para enfrentar el sufrimiento, minimizando así el riesgo de enfermedades físicas y mentales, subraya la importancia de realizar más estudios, especialmente en la atención primaria, un campo que no tiene se explora de manera significativa.

**Descriptores:** Enfermería; Trabajo; Salud Laboral.

## INTRODUÇÃO

O trabalho é uma atividade antiga e inerente ao ser humano, ocupa parte considerável de sua vida, compreende a subjetividade do sujeito e é o meio pelo qual, esse se insere na sociedade[1]. O indivíduo carrega consigo todo um contexto histórico, que consiste em características únicas e pessoais. Portanto, no contexto do trabalho, este não aparece como uma máquina programada para fazer o que lhe é prescrito, ou seja, o trabalhador imprime sua marca no trabalho[2]. Assim, o trabalho, como parte indissociável do ser humano, pode ser gerador tanto de sofrimento, quanto de prazer, neste sentido o trabalho nunca é neutro em relação à saúde e favorece seja a doença ou a saúde[2]. O trabalho desenvolvido pelo enfermeiro pode ser traduzido em um conjunto de ações complexas que deve ser resolutivo frente às demandas de saúde do cliente, família, comunidade e depende de uma organização que vá ao encontro de suas necessidades para desempenhar suas atribuições. Para conseguir prestar uma assistência adequada o mesmo precisa transpor barreiras, minimizando ou modificando o que lhe causa sofrimento, para que isto não interfira na sua dinâmica de trabalho[3,4]. Estes trabalhadores vivem a constante busca de adaptação entre o real e o ideal, no qual a dinâmica de trabalho da enfermagem é marcada, muitas vezes, por sentimentos dúbios, com consequências de maior ou menor importância sobre a vida cotidiana[5]. Assim, durante suas atividades, o enfermeiro se confronta com situações que, de algum modo, o irritam ou confundem, podem apresentar alterações psicofisiológicas, as quais promoverão uma reação do organismo com componentes físicos e/ou psicológicos[6]. Na enfermagem, os trabalhadores diante do seu cotidiano de trabalho, são desafiados a desenvolver novas estratégias para não adoecerem, as quais os ajudam a administrarem a própria subjetividade, diante das inúmeras situações de tensão, pressão, ruptura e sofrimento presentes no seu contexto de trabalho. As estratégias defensivas podem ser usadas individual ou coletivamente. A repercussão destas estratégias de defesa na vida do trabalhador, está em considerar que estas permitem, por um lado, a convivência com o sofrimento e, por outro, um processo de alienação das verdadeiras causas do sofrimento[7]. Assim, o fracasso das mesmas pode levar ao adoecimento, pois deixa os trabalhadores

frente a frente com o sofrimento, que não mais poderá ser negado, tendo lugar os sintomas psicossomáticos ou psicopatológicos, podendo levar ao adoecimento do trabalhador[7]. Diante do exposto, pesquisar o que tem sido produzido concernente ao tema estratégias defensivas e trabalhadores de enfermagem, tornou-se uma inquietação.

**OBJETIVO**

Com isso, objetivou-se, realizar um estudo das tendências referente temática estratégias defensivas, a partir do banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES).

**METODOLOGIA**

A presente revisão foi fundamentada em uma busca bibliográfica desenvolvida no portal de teses e dissertações da CAPES, em novembro de 2012, utilizando-se os termos "enfermagem" e "estratégias defensivas" como assunto. Inicialmente foram encontradas 10 dissertações e 07 teses, totalizando 17 produções e procedeu-se a leitura dos títulos destas para a seleção. Utilizou-se, como critério de inclusão, o fato de os trabalhos apresentarem reflexões sobre o tema referente as estratégias defensivas utilizadas pelos enfermeiros no seu cotidiano de trabalho. Como critérios de exclusão, os trabalhos que não apresentassem a temática e não tivessem enfermeiros como sujeitos de pesquisa. Após a pré-análise, foram excluídos 06 trabalhos, por não convergirem com o objetivo do estudo ou se enquadrarem em algum dos critérios de inclusão, permanecendo 11 trabalhos para análise e interpretação. Para a organização dos trabalhos analisados, foi utilizado um quadro sinóptico, contendo as seguintes informações: título, autor, ano de publicação e categoria. As produções foram identificadas pela letra D de dissertação de mestrado e T de tese de doutorado, seguidas de uma numeração sequencial, inseridas no quadro 1. Sendo assim, os dados descritos no quadro sinóptico foram analisados e utilizados para caracterização dos estudos encontrados, a fim de se ter um panorama geral dessas publicações. Após a leitura das publicações, a qual permitiu compreender e apreender os resultados encontrados em cada estudo realizou-se o agrupamento de fragmentos dos resultados que se repetiam ou eram similares e, a partir disso, foram descritos e discutidos.

**Quadro 1-** Teses e Dissertações sobre estratégias defensivas utilizadas pelos enfermeiros no seu cotidiano de trabalho - Portal CAPES

| TÍTULO | AUTOR | ANO DE PUBLICAÇÃO | CATEGORIA |
|---|---|---|---|
| D1- Trabalho Hospitalar: Um estudo sobre suas Repercussões Psicológicas na Equipe. | Adriana Pacheco Pires | 1997 | Dissertação |
| T2- Da banalização do | Carmem Lúcia Colomé | 2000 | Tese |

| | | | |
|---|---|---|---|
| sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho. | Beck | | |
| T3- Dimensão subjetiva das enfermeiras frente à organização e ao processo de trabalho em um hospital universitário. | Norma Valeria Dantas de Oliveira Souza | 2003 | Tese |
| T4 - O mundo do trabalho da enfermeira no Programa Saúde da Família: riscos e desgastes no enfrentamento da violência estrutural. | Francimar de Jesus Moreira de Moura | 2005 | Tese |
| D5- A situação de trabalho e a saúde mental de profissionais de enfermagem de um hospital psiquiátrico privado na cidade de João Pessoa-PB. | Liana Mirela Souza Oliveira | 2005 | Dissertação |
| T6- Saúde mental do enfermeiro e o setor de emergência: uma questão de saúde no trabalho. | Valesca Boarim da Silva | 2009 | Tese |
| D7- Organização do trabalho em uma Unidade de Urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco. | Fernanda da Silva Floter Godoy | 2010 | Dissertação |
| T8- Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva: estratégias defensivas. | Julia Trevisan Martins | 2008 | Tese |
| D9- Sentimentos e reações no cotidiano dos profissionais de enfermagem em Hospital Geral. | Francisca de Melo Beserra | 2009 | Dissertação |
| D10- O impacto do trabalho na saúde mental dos profissionais da estratégia saúde da família. | Gisele Santana Pereira Carreiro | 2010 | Dissertação |

| | | | |
|---|---|---|---|
| D11- A Tecnologia no Cuidado Hemodialítico: prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro. | Greice Petronilho Prata | 2011 | Dissertação |

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Por meio do trabalho, um dos fatores mais importantes da existência humana, o homem se relaciona com a sociedade, com a prática social e consigo mesmo. Com os avanços sócio-políticos-econômicos ao longo da história da humanidade, gradativamente ocorreram mudanças na construção dos significados atribuídos ao trabalho[8]. No período primitivo, os vínculos sociais e de produção estavam impregnados pelo valor de sobrevivência e também pelo sentido de pertencimento a um grupo, pautados pela cooperação entre os membros. Já no período greco-romano, o trabalho era visto em função do produto, priorizando sua utilidade, na Idade Média, o trabalho era permeado pelo sentido de castigo divino[9]. Só mais tarde com a Revolução Industrial, que o trabalho passa a ser glorificado e considerado a força motriz capaz de gerar riquezas e progresso. Inicia-se, assim, a fragmentação, mecanização do trabalho e, como consequência, o trabalhador passa a não ser reconhecido no seu fazer; o seu saber é expropriado pela organização e pelo capital[9]. Na era moderna, o trabalho é considerado uma atividade compulsiva e incessante, pois para o homem dos tempos modernos, o tempo livre inexiste ou é escasso[8]. Concomitante a este contexto, surgiram as discussões sobre a relação homem-trabalho-organização do trabalho, com foco na saúde do trabalhador, a qual Dejours (1992) divide em três momentos. O primeiro momento caracterizou-se pela luta do trabalhador pela sobrevivência, dada as péssimas condições de trabalho existentes e após surge a questão do trabalho no modelo Taylorista, no qual aumentam as exigências do tempo e ritmo do trabalho, acarretando em prejuízo para a saúde do trabalhador. Assim, a separação entre o trabalho intelectual e o trabalho manual, proposta pelo taylorismo na Organização Científica do Trabalho (OCT) e na sua tripla divisão (divisão do modo operatório, entre a concepção intelectual e execução e a divisão dos homens), aparentemente buscou eliminar a subjetividade do trabalho por meio do controle dos corpos dos trabalhadores, na busca de neutralizar a atividade mental dos trabalhadores[7]. Neste contexto, surgem outras discussões sobre o objetivo do trabalho, a relação homem-tarefa e acentua-se a dimensão mental do trabalho industrial, reconhecendo-se a necessidade de se levar em conta as reivindicações qualitativas e subjetivas dos trabalhadores[9]. O aparelho psíquico que aparece como primeira vítima do sistema mas, sobretudo, o corpo dócil e disciplinado entregue, sem obstáculos, ao engenheiro de produção e à direção hierarquizado do comando. Corpo sem defesa, corpo explorado, corpo fragilizado pela privação de seu protetor natural, que é o aparelho mental. corpo doente portanto, ou que corre o risco de tornar-se doente[9]. A partir disto, passou-se a

pensar na relação saúde-trabalho, ampliando-se as preocupações com a saúde mental, o que se caracteriza como o terceiro momento deste processo[10]. Assim, a busca exclusiva pela produtividade dá espaço a uma compreensão do sujeito trabalhador e de sua subjetividade, na qual os trabalhadores deixam de ser vistos como recursos e passam a ser "parte" da organização do trabalho. Destaca-se que a valorização da subjetividade do trabalhador também se dá pela necessidade de seu controle, ou seja, para evitar ao máximo a possibilidade dos trabalhadores criarem obstáculos e desvios na produção[8,10]. Nos dias atuais, surge a necessidade da conscientização de que a organização do trabalho é construída através de "negociações entre quem organiza e quem o faz". E isso ocorre devido às grandes e rápidas modificações no mercado e no ambiente de trabalho[8]. O indivíduo carrega consigo todo um contexto histórico, que consiste em características únicas e pessoais e no contexto do trabalho, este não aparece como uma máquina programada para fazer o que lhe é prescrito, ou seja, o trabalhador imprime sua marca no trabalho[2]. Segundo a psicodinâmica, o trabalho exerce papel fundamental na estruturação da saúde psíquica de um indivíduo, quando lhe permite diminuir a sua energia pulsional; no entanto, quando não possibilita a descarga pulsional, torna-se fatigante, fonte de adoecimento[2]. A partir dos anos 1980, as pesquisas na área de saúde do trabalhador, procuram compreender, como a maioria dos trabalhadores conseguem driblar a doença mental apesar das pressões organizacionais[7]. A normalidade é uma conquista resultante da criação de estratégias individuais e coletivas de defesa dos trabalhadores em relação ao sofrimento; mostrando a criatividade do homem para resistir às adversidades do mundo do trabalho. As estratégias defensivas são um meio utilizado pelo trabalhador para protegerem-se do sofrimento e poderem continuar a trabalhar. As estratégias defensivas individuais é quando se manifestam por meio de comportamentos próprios de cada indivíduo, pois cada um reage de maneira particular a cada situação, e as coletivas surgem quando vários trabalhadores com sofrimento único se unem e constroem uma estratégia comum que nada mais é do que uma nova percepção da realidade, transformada e validada pela coletividade, é uma maneira de o trabalhador tentar se adaptar à organização do trabalho[2]. Os estudos de Dejours trouxeram novas reflexões referentes às consequências do trabalho sobre a saúde psíquica dos trabalhadores, na enfermagem, os trabalhadores diante do cotidiano de trabalho, também são desafiados a desenvolver novas estratégias para não adoecerem. Das produções selecionadas, grande parte (n=07) foi desenvolvida em programas de pós-graduação em enfermagem, no período de 1997 á 2011. A maioria (n=9) dos trabalhos apresentam abordagem qualitativa de pesquisa e referente ao cenário de estudo, o destaque foi hospitalar, principalmente em Unidade de terapia intensiva e emergência, constando apenas dois na Atenção Básica. A partir da análise, foi possível identificar que os enfermeiros vêm utilizando as estratégias com o propósito de eufemizar os sentimentos desagradáveis advindos da vivência no trabalho para manter o equilíbrio entre a realidade de trabalho, na qual estão submetidos e contra o adoecimento físico e psíquico (D1,T2,T3,T6,D9,D10). Desse modo, foi possível perceber que tais defesas são necessárias

para a saúde do trabalhador. Assim, as estratégias defensivas utilizadas pelos enfermeiros, têm como principal objetivo amenizar o sofrimento, o que explica o fato de trabalhadores apresentarem características de normalidade aparente mesmo estando em processo de sofrimento psíquico. Dejours (1992), afirma que não existe organização do trabalho sem sofrimento. Portanto, para que os trabalhadores possam dar conta do prescrito, e corresponderem às expectativas da organização sem adoecerem, eles utilizam estratégias de defesa para não sofrerem. Estas estratégias são definidas como mecanismos pelos quais o trabalhador busca modificar, transformar e diminuir a percepção da realidade que o faz sofrer. Com isso são protegidos dos possíveis efeitos deletérios, principalmente sob sua saúde mental[2]. Os estudos apontam algumas das estratégias defensivas mais utilizadas pelos enfermeiros, dentre elas: esquecer a qualquer custo o sofrimento cotidiano; separar a vida social da vida profissional, anular as emoções, utilizar "válvulas de escape" para aliviar a ansiedade, silenciar, resignação, raiva, passividade, embotamento afetivo, distanciamento do paciente e seu familiar, bem como, buscar apoio em prática religiosa, promover inter-relacionamento entre os membros da equipe de enfermagem, realizar atividades físicas, fazer uso do tabagismo e até mesmo a banalização do sofrimento **(**D1, T2,T4,D5,D7,T8,D10**).** Destaca-se também, que prevalece a utilização de estratégias defensivas individuais em detrimento das coletivas, tais como buscar apoio na prática religiosa, o convívio com familiares e amigos, a prática de esportes e hábito de fumar (D7,T8,D11). As estratégias individuais também geram mudanças, mas quando comparadas às coletivas, perdem em termos de homogeneidade de resultados, não sendo suficientes para uma mobilização coletiva, neste caso, apenas ajudam a manter o equilíbrio psíquico[11]. Assim, também podemos refletir a partir dos estudos, o fato que, embora os enfermeiros tenham utilizado estratégias defensivas, em busca de situações prazerosas que reduzem o sofrimento, ou apenas como forma de minimizar o sofrimento**,** os mesmos não investem em mudanças no que causa o sofrimento, apenas maneiras para tentarem obter seu controle.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao exposto, entende-se que, ao considerar essas dimensões, pode-se oferecer aos trabalhadores melhores condições para enfrentarem o sofrimento, minimizando assim o risco de adoecimento psíquico e físico.

Por isto, ressalta-se a necessidade de novos estudos, propondo conhecer estratégias utilizadas pelos trabalhadores para enfrentar o sofrimento, como surgem e evoluem, refletindo sobre a forma de mobilização destes profissionais em busca de mudanças efetivas frente as causas geradores de sofrimento, principalmente em campos como a Atenção Básica, que ainda não é explorado significativamente.

Além disso, novas pesquisas seguindo esta tendência, podem colaborar para o fortalecimento da rede de atenção a saúde do trabalhador, favorecendo a promoção da saúde e dinâmicas de trabalho saudáveis, melhorando a qualidade de vida dos enfermeiros e a contribuindo para a redução das doenças do trabalho.

**ÁREA TEMÁTICA:** Trabalho

**REFERENCIAS**

1 Pagliari J.; et al. Sofrimento Psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. Revista Eletrônica de Enfermagem; 10 (1): 63-76, 2008.

2 Dejours C; Abdoucheli C; Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana á análise de realção prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas,1994.

3 Júnior JHVL; Ésther AB. Transições, prazer e dor no trabalho de Enfermagem. Revista de Administração de Empresas. jul-set2001; 41(3):20-30.

4 Martins JT.; Robazzi MLCC.; Bobroff MCC. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão á luz da psicodinâmica Dejouriana. Rev. Esc. Enferm. USP, 44(4): 1107-11, 2010.

5 Beck CLC; et al. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. Esc Anna Nery (impr.) jul-set; 14 (3): 490-495, 2010.

6 Mendes AM.; Tamayo A. Valores Organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. Revista Psico, São Paulo, v.6, n.1, p.39-46, jan/jun, 2001.

7 Mendes AM. Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo;2007.

8 Lancman S; Uchida S. Trabalho e Subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, vol. 6, pp.79-90, 2003.

9 Araújo R.R.; Sachuk M.I. Os sentidos do trabalho e suas implicações na formação dos indivíduos inseridos nas organizações contemporâneas. Revista de Gestão USP, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 53-66, janeiro/março 2007.

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

11 Mendes AM.; Costa VP.; Barros PCR. Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário. Estudos e Pesquisas em Psicologia, 3 (1), 59-72, 2003.

# PSICODINÂMICA DO TRABALHO E RECONHECIMENTO PROFISSIONAL: UMA REFLEXÃO EM TORNO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM

# PSYCHODYNAMIC OF THE WORK AND PROFESSIONAL ACKNOWLEDGMENT: A REFLECTION ABOUT THE NURSING WORK

# PSICODINÁMICA DEL TRABAJO Y RECONOCIMIENTO PROFESIONAL: UNA REFLEXIÓN EN TORNO DEL TRABAJO DE LA ENFERMERÍA

LAMB, Fabricio Alberto[1]
BECK, Carmem Lúcia Colom[2]
FREITAS, Natiellen Quatrin[3]
SANGOI, Thais Picolin[4]
DA SILVA, Rosângela Marion[5]

1 Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Membro do grupo de pesquisa "Trabalho Saúde, Educação e Enfermagem". fabriciolamb@hotmail.com
2 Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e
Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria.
3 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria.
4 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria.
5 Enfermeira. Doutoranda em Ciências DINTER NOVAS FRONTEIRAS UNIFESP-UFSM-UFRJ/EEAN. Membro do
Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem".

**RESUMO:** O trabalho tem influência direta nas relações do homem, podendo influenciar também na saúde dos trabalhadores. A relação do homem com seu trabalho pode ser compreendida pela Psicodinâmica do trabalho, através da qual este estudo direciona o olhar para o trabalho da equipe de enfermagem. Sendo assim, objetiva-se refletir sobre os aspectos do reconhecimento do trabalho e suas implicações nas vivências de prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem. Trata-se de um estudo de reflexão teórica, realizado em julho de 2013, sustentado a partir de produções científicas relevantes para a

temática, as quais abarcam um embasamento teórico da Psicodinâmica do Trabalho. As produções foram encontradas a partir de uma busca não sistemática em sites científicos, os quais abordavam a temática e possibilitaram um embasamento teórico e reflexivo a respeito do assunto. A partir das leituras e reflexões, percebeu-se que o trabalho ocupa um lugar central na vida dos trabalhadores, porém ele pode ser fonte de sofrimento e realização dependendo das condições em que o mesmo se desenvolve. Nesse contexto, a reflexão voltou-se para a equipe de enfermagem, destacando o reconhecimento do trabalho e entendendo que este pode amenizar os sofrimentos vividos por estes trabalhadores no contexto onde estão inseridos. Concluiu-se que o trabalho tanto pode ser favorável à saúde, desencadeando sentimentos de prazer; assim como pode ser desfavorável culminando, muitas vezes, no sofrimento do trabalhador, sendo o reconhecimento do trabalho elemento fundamental nestas vivências.

**Descritores:** Trabalho; Trabalhadores; Enfermagem.

**ABSTRACT:** The work has directly influence in the human's relations, which can influence also in the workers' health. The relation of the man with his job can be understood by the Psychodynamic of the Work, through which one this study directs the view to the work of the nursing staff. Being this way, it aims to reflect about the aspects of the recognition of the work and it implications in the experiences of pleasure and suffering of the nursing workers. It is a theoretical reflection study, conducted in July of 2013, sustained through relevant scientific productions to the theme, which ones encompass a theoretical foundation of the Psychodynamic of the Work. Productions were found through a non-systematic search in scientific website, which ones dealt a theme and enabled a theoretical and reflexive basis about the issue. Through the reading and the reflections, it was realized that the work holds on a central place in the life of the workers, though it can be root of suffering and achievement depending on the conditions in which the same is developed. In this context, the reflection came to the nursing staff, standing up the achievement of the work and understanding that it can ease the suffering experienced by these workers in the context where they are included. Concluding that the work, in the same way that it can be benign to health, triggering feeling of pleasure, it can be unfavorable, culminating, many times, with the worker suffering, being the achievement of the work essential element in this experiences.

**Keywords:** Work; Workers; Nursing.

**RESUMEN:** El trabajo tiene influencia directa en las relaciones del hombre, pudiendo influenciar también en la salud de los trabajadores. La relación del hombre con su trabajo puede ser comprendida por su Psicodinámica del Trabajo, a través de la cual este estudio direcciona la mirada para el trabajo de la equipo de enfermería. Así siendo, se objetiva

reflejar sobre los aspectos del reconocimiento del trabajo y sus implicaciones en las vivencias del placer y sufrimiento de los trabajadores de enfermería. Se trata de un estudio de reflexión teórica, realizado en julio de 2013, sustentado a partir de producciones científicas relevantes para la temática, las cuales abarcan um embasamiento teórico de la Psicodinámica del Trabajo. Las producciones fueron encontradas a partir de una busca no-sistemática en sitios científicos, los cuales abordaban la temática y posibilitaban un embasamiento teórico y reflexivo a respecto del asunto. A partir de las lecturas y reflexiones, se percibió que el trabajo ocupa un lugar central en la vida de los trabajadores, pero él puede ser fuente de sufrimiento y realización dependiendo de las condiciones en que lo mismo se desenvuelve. En este contexto, la reflexión se volvió para la equipo de enfermería, destacando el reconocimiento del trabajo y entendiendo que este puede amenizar los sufrimientos vividos por los trabajadores en el contexto donde están inseridos. Se concluyó que el trabajo puede ser favorable a la salud, desencadenando sentimientos de placer, así como puede ser desfavorable, culminando, muchas veces, en el sufrimiento del trabajador, siendo el reconocimiento del trabajo fundamental em estas vivencias.
**Descriptores:** Trabajo; Trabajadores; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O trabalho tem se apresentado como elemento fundamental nas relações desenvolvidas pelo homem sendo destacada, cada vez mais, sua influência na existência do trabalhador. Assim, ao longo do tempo, o trabalho vem fazendo parte da vida do homem, seja como fonte de sua própria subsistência ou do seu grupo social, seja como realização pessoal[1]; ressaltando a necessidade do mesmo para dar sentido a sua vida. Nesse cenário, destaca-se a possibilidade da influência do trabalho na saúde desses indivíduos, podendo esses efeitos adversos da atividade laboral serem compreendidos por meio da Psicodinâmica do Trabalho. Com vistas à Psicodinâmica, embora o trabalho possa ser fonte de sofrimento, por outro lado, pode proporcionar vivências de prazer, uma vez que é por meio dele que o ser humano constrói sua vida e se insere no mundo laboral[2]. Nessa perspectiva, destaca-se o reconhecimento do trabalho que quando é sentido pode trazer prazer aos trabalhadores e, do contrário, pode resultar em sofrimento. Corrobora-se tal afirmação na medida em que o reconhecimento do trabalho possibilita a transformação do sofrimento em prazer, e ainda pode conduzir o sujeito para a construção de sua identidade, contribuindo assim para a sua autorrealização[3]. Direcionando esta realidade para o trabalho da equipe de enfermagem, este tem como característica um processo de organização influenciado pela fragmentação e tem como objeto de trabalho o sujeito doente. Assim, esses trabalhadores se deparam constantemente com sofrimentos, medos, conflitos, estresse, convivência com a vida e a morte, longas jornadas de trabalho, entre tantos outros fatores que são inerentes ao cotidiano dos mesmos[2]. Desta forma, torna-se imprescindível que o trabalho da equipe de enfermagem seja compreendido em todos os seus aspectos, quer sejam econômicos, culturais e sociais, sendo de fundamental relevância o entendimento de questões que

envolvam a produção social da subjetividade, da saúde física e da saúde mental dos trabalhadores[4]. Frente ao exposto, faz-se necessário investigar e aprofundar esta discussão para melhor compreensão do tema, o qual pode possibilitar o desenvolvimento de competências nos trabalhadores de enfermagem que permitam potencializar as vivências de prazer, assim como lidar com o sofrimento, sempre presentes na prática assistencial da enfermagem.

## OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo refletir sobre os aspectos do reconhecimento do trabalho e suas implicações nas vivências de prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de reflexão teórica, realizado em julho de 2013, sustentado a partir de produções científicas relevantes para a temática, as quais abarcam um embasamento teórico da Psicodinâmica do Trabalho. Nessa perspectiva, as indagações encontraram ancoragem para analisar, a partir dos processos de prazer e sofrimento vivenciados pelo trabalhador, o reconhecimento na relação do sujeito com o seu trabalho. As produções foram encontradas a partir da realização de uma busca não sistemática em sites científicos, os quais abordavam a temática e possibilitaram um embasamento teórico e reflexivo a respeito do assunto. Por sua vez, os temas a serem discutidos serão pautados especificamente na Psicodinâmica do Trabalho na perspectiva do reconhecimento, direcionada ao trabalho da equipe de enfermagem e sua relação com as vivências desses trabalhadores.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da perspectiva de que o trabalho ocupa papel relevante na vida dos seres humanos, insere-se a Psicodinâmica do Trabalho que tem por objetivo "compreender como os trabalhadores conseguem manter certo equilíbrio psíquico mesmo estando submetidos a condições de trabalho desestruturantes"[5:139]. Ainda, nesta direção, busca compreender o trabalhador como ser que sofre e se realiza pelo trabalho e suas relações intersubjetivas, refletindo acerca do sofrimento no cotidiano de trabalho e os mecanismos de defesa desses indivíduos[6]. Nesse sentido, ressalta-se que as transformações ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho têm repercutido na saúde dos indivíduos e do coletivo de trabalhadores de forma intensiva[7]. Para exemplificar, pode-se citar um estudo acerca da saúde dos trabalhadores de enfermagem de uma fundação hospitalar do estado de Minas Gerais. Este revela que o trabalho desenvolvido vem repercutindo em problemas de saúde de caráter físico e psíquico, destacando-se lesões por esforços repetitivos, depressão, angústia, estresse, dentre outros[8]. Frente a estas informações, reflete-se que o sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem perpassa vários sentimentos; dentre eles angústia, impotência, revolta, cansaço, frustração e banalização da dor. Ao encontro desta ideia, o

trabalho da enfermagem, em virtude de suas características, ao desenvolver o cuidado a pessoas doentes, possibilita a vivência de perdas, dores, sofrimento e morte, expondo o profissional a situações difíceis e de desgaste emocional, as quais o levam a intensas vivências de sofrimento[9]. Por sua vez, este sofrimento só ganha sentido e, consequentemente, pode reverter-se em prazer, quando o trabalhador investe esforços para lutar contra ele, gerando o enfrentamento das dificuldades e das adversidades[3]. Complementando a ideia anterior, o enfrentamento das vivências geradoras de sofrimento despertam no sujeito os mecanismos de defesa, os quais podem ser compreendidos como estratégias defensivas que podem aparecer na forma de atitude de vitimização frente aos problemas, aliada ao sentimento de incapacidade de agir e mudar a realidade; ou então na forma de individualismo, relacionado à busca de resolver tudo sozinho, na ilusão de que reconhecer-se a si mesmo; na forma de bloqueio de sentimentos e emoções e na naturalização da dor e do sofrimento, alimentando a ilusão de ser forte, de não adoecer e não sofrer frente às perdas vividas pelo seu paciente[10]. Diante disso, os sentimentos manifestos em virtude do sofrimento no trabalho da enfermagem estão relacionados à carga horária e demanda excessivas, baixa remuneração, limitações de recursos humanos e materiais, os quais repercutem diretamente no reconhecimento profissional advindo do trabalho. Tais fatores relacionam-se à lógica de mercado atual, na qual a enfermagem encontra-se inserida, sendo que o trabalho desta categoria volta-se à perspectiva do modelo atual do capital. Neste modelo, o foco está na polivalência, na flexibilidade, nos resultados e na exigência de altos níveis de desempenho, havendo uma forte tendência a não valorização da contribuição deste trabalhador, com fortes impactos sobre a sua saúde[10]. No atual mercado de trabalho, reflete-se que o mesmo privilegia a produção de cuidados no menor tempo possível e com gastos reduzidos, incluindo a remuneração dos profissionais, o qual se sente desvalorizado. Também, o profissional encontra no seu dia a dia uma complexidade cada vez maior das atividades e uma busca permanente por resultados e vigilância constante para evitar erros. Essa perfeição é tida como parte dos atributos da profissão, uma obrigação[10], o ótimo desempenho é considerado como algo básico, não comportando o reconhecimento quando alcançado. Nesta perspectiva, o reconhecimento pode ser compreendido como o "processo de valorização do esforço e do sofrimento investidos para a realização do trabalho, que possibilita ao sujeito a construção de sua identidade, traduzida afetivamente por vivência de prazer e de realização de si mesmo" [9:44]. Esta definição traz consigo um sentido que, de alguma forma, ser reconhecido compensa o sofrimento vivenciado. Por sua vez, entende-se que para o trabalho operar como fonte de saúde, há a necessidade do reconhecimento daquele que trabalha, uma vez que no reconhecimento reside a possibilidade de dar sentido ao sofrimento vivenciado pelos trabalhadores[11]. Os mesmos autores afirmam que o trabalho torna-se geralmente fonte de prazer quando os trabalhadores vivenciam uma dinâmica de reconhecimento do trabalho ou quando conseguem transformar situações causadoras de sofrimento em vivências de prazer e, consequentemente, de saúde. Caso contrário, torna-se fonte de sofrimento quando

inviabiliza a realização dos desejos psíquicos do indivíduo trabalhador, o qual sente a necessidade de ser reconhecido pelo trabalho que realiza. Assim, reflete-se que uma das consequências deste processo de trabalho da enfermagem, a qual repercute na vivência de reconhecimento pelo trabalhador, é a falta de tempo para dedicar atenção e atendimento humanizado aos usuários dos serviços de saúde. Dessa forma, torna-se difícil manter a atenção aos pacientes, pois outras responsabilidades absorvem significativamente o trabalho da enfermagem[10]. Contudo, o retorno dado pelo paciente é uma das, se não a principal, fonte de reconhecimento, levando a constatação de que quando este reconhecimento não ocorre, o trabalho perde sua razão de ser. Partindo deste princípio, infere-se que a vivência de prazer ou sofrimento advindo do trabalho depende do reconhecimento. Logo, a partir do momento em que a qualidade do trabalho é reconhecida, o trabalhador constata que suas dúvidas, decepções e desânimos têm sentido, isso faz dele um sujeito diferente daquele de antes do reconhecimento[12]. Com este intuito, o trabalhador irá desempenhar papel fundamental no destino do seu sofrimento no trabalho e na possibilidade de transformá-lo[13]; visualizando-se, assim, a relevância da percepção do reconhecimento acerca do trabalho que realiza. Nessa dimensão, não ter tempo suficiente para dedicar-se ao cuidado gera uma contradição, ao considerar como principal fonte de reconhecimento o próprio paciente[10], tendo em vista que ao não poder dedicar-se a eles na intensidade que gostaria, o trabalhador de enfermagem sente-se frustrado por não ter essa retribuição. Também, ressalta-se neste cenário da enfermagem, a presença do reconhecimento entre os pares, visto que facilita o trabalho em equipe contribuindo, desta forma, para a resolução das dificuldades assim como para a vivência de prazer no ambiente de trabalho. Sendo assim, tal repercussão vai ao encontro da ideia da existência de duas formas de reconhecimento: o reconhecimento baseado em um julgamento de utilidade, proferido pelos superiores hierárquicos e subordinados e, ainda, eventualmente, pelos clientes; e o reconhecimento advindo de um julgamento de estética, proferido especificamente pelos pares, colegas, membros da equipe ou da comunidade[14]. Diante disso, faz-se necessária à implementação de estratégias que fortaleçam o ambiente ético organizacional, a valorização e reconhecimento do trabalho da enfermagem na instituição, pois desta forma contribui-se para o bem-estar do trabalhador, assim como para o adequado provimento de cuidados aos usuários[15]. Além disso, mesmo que as instituições de trabalho valorizem ou venham a valorizar financeiramente o trabalhador, ele deve ter um retorno que não seja na atribuição de um salário ou outro ganho qualquer por produtividade; a retribuição necessita ter, antes de tudo, um caráter moral que normalmente assume a forma de um reconhecimento[3]. Frente ao exposto, a cooperação pressupõe valorização e reconhecimento da marca pessoal e do esforço de cada profissional para realizar o trabalho e participar do coletivo. Complementa-se, ainda, que o modo colaborativo de trabalho fortalece a identidade psicológica e social, reafirma as referências individuais e beneficia a convivência com a diversidade, de forma a produzir ações com mais poder de

transformação[9], possibilitando o enfrentamento das situações adversas e sua reversão em vivências de prazer no trabalho desempenhado.

**CONCLUSÃO**

A partir deste estudo pode-se perceber que o trabalho possui influência na vida e também na saúde dos trabalhadores e que o mesmo pode gerar tanto o sofrimento quanto a realização do trabalhador em seu ambiente de trabalho. Percebeu-se que estas questões também estão presentes no cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem e que o próprio exercício profissional e o reconhecimento advindo dos sujeitos do seu cuidado consistem em fonte importante de prazer para estes trabalhadores. Porém, isto, muitas vezes, contrasta com a impossibilidade de prestar a assistência integral no contexto atual de trabalho que visa à produtividade, a polivalência e a flexibilidade. Conclui-se também que dar sentido ao sofrimento e contribuir para a autorrealização, é um dos principais papéis do reconhecimento do trabalho. Ele atua como retorno da contribuição dada por estes trabalhadores à organização do trabalho e vai muito além da simples atribuição de um salário ou prêmio por produtividade e passa por um ambiente com condições dignas para realização do seu trabalho. Por fim, para obter o reconhecimento profissional o trabalhador de enfermagem deve buscar um ambiente de trabalho ético e estruturado que possibilite o provimento adequado da assistência aos usuários do serviço de saúde. Também, a atuação do profissional deve ser permeada pelo diálogo e cooperação entre a equipe, possibilitando a expressão do sujeito e sua realização enquanto trabalhador e ser humano.

**ÁREA TEMÁTICA:** Trabalho

**REFERÊNCIAS:**

1 Magri C, Kluthcovsky ACGC. Qualidade de vida no trabalho: uma revisão da produção científica. Revista Salus-Guarapuava-PR. 2007 jan-jun; 1(1): 87-94.

2 Martins JT, Robazzi MLCC, Bobroff MCC. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, 2010; 44(4):1107-11.

3 Machado AG, Merlo ÁRC. Cuidadores: seus amores e suas dores. Psicologia & Sociedade, 2008; 20(3): 444-52.

4 Trevisan MJ, Robazzi MLCC, Garanhani ML. Sentimentos de prazer entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Ciênc Enferm [periódico na Internet]. 2009 [acessado em 2013 jul. 21]; 15(3). [cerca de 9 p.]. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art_06.pdf

5 Silva PC, Merlo ARC. Prazer e sofrimento de psicólogos no trabalho em empresas privadas. Psicol. Cienc. Prof. [periódico na Internet]. 2007 [acessado em 2013 jul. 19]; 27(1): 132-147. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v27n1/v27n1a11.pdf>

6 Marques ACL. Vivência de prazer e sofrimento dos oficiais de justiça numa instituição pública do distrito federal. Curso de Especialização em Psicodinâmica do Trabalho - Universidade de Brasília, 2010.

7 Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, 2006 Jul/Ago; 14(4).

8 Murofuse NT. O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2004.

9 Mendes AM. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: Mendes AM (Org.), Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2007.

10 Traesel ES, Merlo ARC. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 2011; 36(123): 40-55.

11 Mendes AMB, Vieira AP, Morrone CF. Prazer, sofrimento e saúde mental no trabalho de tele atendimento. RECADM, 2009; 8(2): 151-58.

12 Traesel ES. A psicodinâmica do reconhecimento: sofrimento e realização no contexto dos trabalhadores da enfermagem em um hospital do interior do Rio Grande do Sul. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

13 Dejours C. A banalização da injustiça social. 7ª ed.; Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

14 Dejours C. A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In Lancman S, Sznelwar LI (Org.), Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

15 Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implicações do sofrimento moral para os (as) Enfermeiros (as) e aproximações com o *Burnout*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 200-8.

# FATORES QUE INTERFEREM NA OCORRÊNCIA DOS ACIDENTES DE TRABALHO EM AMBIENTE HOSPITALAR*1

# FACTORS THAT INTERFERE WITH THE OCCURRENCE OF OCCUPATIONAL ACCIDENTS IN HOSPITALS

# FACTORES QUE INTERFIEREN CON LA OCURRENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN LOS HOSPITALES

CERON, Marinez Diniz da Silva[1]
MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza[2]
DA LUZ, Emanuelle Ferreira Mancio[3]
TOLFO, Fernando[4]
FRUET, Isolina Maria Alberto[5]
JUNIOR, Antônio Carlos Marchezan[6]
PEDRO, Cecília Mariane Pinheiro[7]
BOTTINO, Larissa Diniz[8]

Texto extraído da pesquisabibliográfica "Fatores que interferem na ocorrência de acidentes de trabalho em ambiente hospitalar."Produção elaborada como requisito de avaliação da Disciplina: EFM 816-Construção do Conhecimento em Saúde e Enfermagem, do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

1Enfermeira. Mestrandaem Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da UFSM (PPGEnf/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem(TSEE).Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.Santa Maria, RS, Brasil.Email: marinezdceron@hotmail.com
2Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf/UFSM. Líder e Pesquisadora do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
3Enfermeira. Mestranda PPGEenf/UFSM.Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
4Enfermeiro.Mestrandodo PPGEnf/UFSM.Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
5Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
6Enfermeiro do Hospital Santa Casa de Alegrete. Integrante do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
7Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM.Membro do Grupo de Pesquisa TSEE.Bolsista Iniciação Científica PIBIC/CNPq/UFSM. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
8Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM. Bolsistade Iniciação Científica PROIC/HUSM.Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.

**RESUMO: INTRODUÇÃO**: Os acidentes e mortes decorrentes do trabalho acompanham o perfil evolutivo da humanidade. O ser humano, ao desenvolver as suas atividades laborais expõem-se aos riscos ocupacionais o que pode levá-lo a incapacidades temporárias ou permanentes. **OBJETIVO**: Avaliar as evidências das produções científicas acerca da temática acidentes de trabalho em ambiente hospitalar a fim de caracterizar os fatores que interferem na ocorrência desses eventos. **MÉTODO**: A pesquisa é do tipo revisão integrativa da literatura, sendo um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências, que permeia a incorporação das evidências na prática profissional. **RESULTADOS**: Quanto a população estudada, destacam-se a equipe de enfermagem pesquisada (N=9), seguido por trabalhadores de saúde (N=4), trabalhadores de ambiente hospitalar (N=8), e estudantes de medicina (N=1). Entre as razões que levaram a ocorrência do acidente destaca-se o não uso dos EPIS, a realização apressada de procedimentos ou realização incorreta de técnicas, as condições de trabalho e sobrecarga de atividades, as situações de emergência e agitação de pacientes, a banalização do acidente e também os fatores relativos ao comportamento de outros profissionais, como o descarte incorreto dos perfurocortantes. **CONCLUSÕES**: A revisão integrativa permitiu identificar as evidências sobre as razões pelas quais ocorrem os acidentes de trabalho bem como os fatores preventivos desses agravos. A maioria das recomendações foi fundamentada em estudos de nível de evidência quatro e seis. Diante desses resultados recomenda-se a realização de novas pesquisas com delineamentos que permitam níveis de evidência mais fortes, como exemplo os estudos de coorte e os ensaios clínicos randomizados ou não randomizados.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Saúde do trabalhador; Acidentes de trabalho; Risco Ocupacional; Hospital

**ABSTRACT*:* INTRODUCTION**: Accidents and deaths resulting from work with humanity's evolutional profile. The human being, to develop their labour activities expose themselves to occupational hazards which may lead to temporary or permanent disabilities. **OBJECTIVE**: To evaluate the evidence of scientific productions on the theme of work accidents in hospitals in order to characterize the factors that interfere in the occurrence of these events. **METHOD**: The research is of type integrative review of literature, being one of the search methods used in evidence-based Practice, which permeates the incorporation of evidence in professional practice. **RESULTS**: The study population included nursing staff surveyed (N=9), followed by health workers (N=4), employees of the hospital environment (N=8), and medical students (N=1). Among the reasons for the occurrence of the accident did not use of EPIS, the hasty implementation of procedures or incorrect implementation of techniques, working conditions and heavy activities, emergencies and patients unrest, the trivialization of the accident and also the factors related to the behavior

of other professionals, such as the incorrect disposal of sharps. **CONCLUSIONS**: The integrative review has identified the evidence about the reasons why the accidents at work as well as preventive factors of these diseases. Most of the recommendations was based on studies of level of evidence four and six. On those results it is recommended to carry out further research with guidelines that allow levels of stronger evidence, such as cohort studies and randomized clinical trials randomized or not.

**DESCRIPTOR:** Nursing; Workers ' health; Accidents at work; Occupational Risk; Hospital

**RESUMEN: INTRODUCCIÓN**: Accidentes y muertes del trabajo con perfil evolutivo de la humanidad. El ser humano, para desarrollar sus actividades laborales se exponen a riesgos profesionales que pueden llevar a la discapacidad temporal o permanente. **OBJETIVO**: Evaluar la evidencia de las producciones científicas sobre el tema de accidentes de trabajo en hospitales con el fin de caracterizar los factores que interfieren en la ocurrencia de estos eventos. **MÉTODO**: La investigación reviste una revisión integral de tipo de literatura, siendo uno de los métodos de búsqueda utilizados en la práctica basada en la evidencia, que impregna la incorporación de evidencia en la práctica profesional. **RESULTADOS**: La población de estudio incluida encuestado del personal de enfermería (N=9), seguido por los trabajadores de la salud (N=4), empleados del medio hospital (N=8) y estudiantes de medicina (N=1). Entre las razones para la ocurrencia del accidente no uso de EPIS, la aplicación apresurada de procedimientos o incorrecta aplicación de técnicas, condiciones de trabajo y actividades pesadas, emergencias y malestar de los pacientes, la banalización del accidente y también los factores relacionados con el comportamiento de otros profesionales, tales como la eliminación incorrecta de objetos punzantes. **CONCLUSIONES**: La revisión integral ha identificado las pruebas sobre las razones de por qué los accidentes en el trabajan factores así como la prevención de estas enfermedades. La mayoría de las recomendaciones se basó en estudios de nivel de evidencia cuatro y seis. En esos resultados se recomienda llevar a cabo investigaciones adicionales con las pautas que permiten a nivel de las pruebas más fuertes, como los estudios de cohorte y los ensayos clínicos aleatorizados o no.

**DESCRIPTORES:** Enfermería; Salud de los trabajadores; Accidentes de trabajo; Riesgos laborales; Hospital.

**INTRODUÇÃO:** Os acidentes e mortes decorrentes do trabalho acompanham o perfil evolutivo da humanidade. O ser humano, ao desenvolver as suas atividades laborais expõem-se aos riscos ocupacionais o que pode levá-lo a incapacidades temporárias ou permanentes. De acordo com dados estatísticos da Previdência Social, em 2011, foram registrados 730.585 acidentes de trabalho no Brasil, causando mais de 14 mil incapacidades

permanentes e 2.884 óbitos. No Rio grande do Sul, no mesmo ano foram registrados 58.887 acidentes. Estima-se que ocorram cerca de 83 acidentes e doenças reconhecidas a cada hora na jornada diária de trabalho, motivados pelo riscos decorrentes dos fatores ambientais do trabalho[1]. Todos esses eventos são responsáveis por provocar impacto social, econômico e sobre a saúde pública no Brasil. Nessa direção, o profissional que atua em ambiente hospitalar, em sua rotina de trabalho, manuseia materiais potencialmente infectantes, sendo que a exposição ocupacional a estes agentes pode ocasionar um acidente de trabalho, definido pelo Ministério do Trabalho como todo incidente que ocorre durante o exercício da profissão, capaz de provocar lesões ou alterações corporais que possam levar à morte, à perda ou à diminuição passageira ou definitiva da produtividade do trabalhador no desempenho de suas funções profissionais[1].

**OBJETIVO:** Com base no que foi exposto, o estudo teve por objetivo avaliar as evidências das produções científicas acerca da temática acidentes de trabalho em ambiente hospitalar a fim de caracterizar os fatores que interferem na ocorrência desses eventos. Para tanto, utilizou-se como questão norteadora: Quais as evidências encontradas em artigos científicos, sobre os fatores que interferem na ocorrência dos acidentes de trabalho em ambiente hospitalar?

**MÉTODO:** A pesquisa é do tipo revisão integrativa da literatura, sendo um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências, que permeia a incorporação das evidências na prática profissional. Inclui nesse método a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão profissional e consequentemente a melhoria da prática clínica[2]. A Prática Baseada em Evidências é uma abordagem de solução de problemas para a tomada de decisão, que objetiva a utilização do resultado de pesquisas para aprimorar a ação prática dos profissionais. Envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados[3]. Para a elaboração da presente revisão integrativa foram percorridas as seguintes etapas[2] estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e a síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados. A busca ocorreu nos meses de maio e junho de 2012 e refeita em abril de 2013, por meio das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (MEDLINE). Foram utilizados os seguintes termos: (("saude do trabalhador") and "ACIDENTES DE TRABALHO" ) or "RISCO OCUPACIONAL" [Descritor de assunto] and ( "HOSPITAL" ) or "PREVENCAO DE ACIDENTES" [Palavras] and "2004" or "2005" or2006" or "2007" or "2008" or "2009" or "2010" or""2011" or “2012” or “2013”[País, ano de publicação). Os critérios de inclusão dos artigos da presente revisão foram: artigos em português, inglês e espanhol, publicados

na íntegra, online e gratuitos, que abordassem o tema acidentes de trabalho em ambiente hospitalar, produzidos no período de 2004 a 2013. Justifica-se o recorte temporal pela inserção das Políticas de Saúde do Trabalhador pelo Ministério da Saúde no Sistema Único de Saúde a partir de 2004. Como critérios de exclusão, destacamos: as teses, dissertações, livros, monografias, normas técnicas, estudos de revisão e reflexão e estudos sem resumo. Após a seleção geral, as produções foram analisadas considerando-se o título e o resumo bem como a adequação da temática em interesse. Posteriormente avaliaram-se os artigos na íntegra, mediante as questões anteriores e ainda os demais critérios de inclusão e exclusão, bem como a adequação dos artigos com a temática norteadora da pergunta de pesquisa. Ao ser realizada a primeira busca, os Descritores em Ciências da Saúde(DeCS) utilizados foram "saúde do trabalhador" e "acidentes de trabalho" ou "risco ocupacional", totalizando então 1584 estudos encontrados no LILACS e 1614 estudos no MEDLINE, perfazendo o total de 3198 estudos. Numa segunda etapa utilizou-se o refinamento com palavras-chaves "hospital" ou "prevenção de acidentes", reduzindo para 582 estudos. No terceiro momento optou-se pelo recorte temporal entre o ano de 2004 há 2013, obtendo-se 292 estudos. Na quarta e última etapa, após o refinamento dos estudos indisponíveis, estudos sem resumo, estudos não caraterizados com artigos, idioma não compatível e último refinamento temático e os não compatíveis com os objetivos propostos na pesquisa, restaram 22 artigos para serem analisados. Para melhor apresentação da seleção dos estudos, criou-se a seguinte esquematização, representada no quadro 1.

| | |
|---|---|
| **Primeira etapa**: Primeira busca LILACS e MEDLINE Descritores:**( "saude do trabalhador" ) and "ACIDENTES DE TRABALHO" ) or "RISCO OCUPACIONAL" [Descritor de assunto]** | Identificação de 3198 estudos |
| **Segunda etapa:** Refinamento com Palavras-chaves **and ( "HOSPITAL" ) or "PREVENCAO DE ACIDENTES" [Palavras]** | 582 estudos |
| **Terceira etapa**: Feito recorte temporal **and "2004" or "2005" or2006" or "2007" or "2008" or "2009" or "2010" or""2012" or "2013"[País, ano de publicação.)** | 292 estudos |
| **Quarta etapa**: Recorte dos artigos indisponíveis, estudos sem resumo, estudos não caraterizados com artigos, idioma não compatível e último refinamento temático. | 22 artigos |

**Quadro 1. Apresentação da seleção dos estudos**

Após a seleção, os 22 artigos foram estudados criteriosamente e ordenados A1, A2, A3,...A22. As informações relevantes das publicações selecionadas foram extraídas e sumarizadas em um quadro2 denominado "identificação dos artigos selecionados", que contemplou referência, procedência, população estudada, principais objetivos, metodologia, níveis de evidência e principais resultados que foram agrupados em duas categorias, uma referente aos fatores causadores dos acidentes e outra relacionada aos fatores preventivos.

**RESULTADO E DISCUSSÃO:** Quanto ao ano de publicação observou-se que os anos de 2009 e 2010 tiveram o maior número de publicações (N= 10; 22,7%) com cinco produções cada, seguido pelo ano de 2008 com 18,1% (N=4). Os anos de 2005, 2006 e 2007 totalizaram 27,2%(N=6) dos artigos publicados. Em 2011 e 2012 obteve-se 9.09%(N=2) das publicações. Em relação aos locais de origem, encontraram-se 18 artigos nacionais e quatro internacionais (Colômbia, Turquia, Inglaterra e Equador). Dos artigos nacionais, três foram publicados em periódicos no estado de São Paulo, três no estado do Rio de Janeiro, quatro em Minas Gerais, dois no Ceará, dois no Paraná, um no Rio Grande do Sul e um Distrito Federal, um em Goiás e um em Recife. Quanto a população estudada, destacam-se a equipe de enfermagem pesquisada em 40,9% dos casos (N=9), seguido trabalhadores de ambiente hospitalar com 31,8% (N=7), trabalhadores de saúde com 18,1% (N=4), trabalhadores de emergência e estudantes de medicina com 4,5%(N=1), cada. A frequência da população estudada será representada no quadro 2.No que se refere ao delineamento de estudo, evidenciou-se 18 artigos transversais 4,5,6,7,8,9,12,13,14,16,17,18,19,20, um caso-controle, um quali-quantitativo e dois qualitativo. Dessa maneira, em relação aos níveis de evidência encontrados nos artigos, obteve-se dezesseis artigos com nível seis e quatro artigos de nível quatro. A presente revisão integrativa objetivou avaliar as evidências das produções científicas acerca da temática acidente de trabalho em ambiente hospitalar a fim de caracterizar os fatores que interferem na ocorrência dos acidentes de trabalho no ambiente supra-citado. Os achados foram agrupados em duas categorias para facilitar a análise. Uma relacionada às causas dos acidentes de trabalho e outra referente aos fatores preventivos dos acidentes de trabalho. Considerando as causas dos acidentes de trabalho destacam-se: o não uso dos Equipamentos de Proteção Individual[4,5,6,11,14,15,17], falta de destreza manual, habilidade e experiência, descarte inadequado dos materiais contaminados, recipientes impróprios para o descarte de materiais, reencape de agulhas[4,5,15], rapidez na execução de atividades, cansaço físico e mental, dupla jornada de trabalho, aumento da idade do trabalhador, organização no trabalho, más condições de trabalho, falta de conhecimento e cumprimento das normas de biossegurança, falta de atenção, realização da técnica incorreta, excesso de confiança dos profissionais, banalização dos acidentes, situações de emergência, agitação do paciente, comportamento de outros profissionais[6,13], manipulação frequente de perfurocortantes, repetição e monotonia de tarefas, aumento da jornada de trabalho. Quanto ao tipo dos acidentes houve

destaque para os ocorridos com materiais perfurocortantes, sendo as agulhas apontadas com principal causador, os resultantes do contato com fluídos e secreções10, seguido pelos de esforço físico e os de trajeto. Em relação a área afetada pelos acidentes, os dedos das mãos seguido pelos membros superiores e a face como mais atingidos. Como fatores preventivos os estudos[4,5,6,13,14,15,17] evidenciaram o uso adequado dos Equipamentos de Proteção, a manutenção de programas para capacitação profissional, o não reencape de agulhas, o descarte correto dos perfurocortantes, adoção de posturas como atenção, tranquilidade e realização de técnicas corretas, mudança de comportamento profissional e a adoção das medidas de segurança.

**CONCLUSÃO:** A revisão integrativa sobre os fatores que interferem na ocorrência dos acidentes de trabalho em ambiente hospitalar permitiu identificar as evidências sobre as razões pelas quais ocorrem os acidentes de trabalho bem como os fatores preventivos desses agravos. Entre as razões que levaram a ocorrência do acidente destaca-se o não uso dos equipamentos de proteção, a realização apressada de procedimentos ou realização incorreta de técnicas, as condições de trabalho e sobrecarga de atividades, as situações de emergência e agitação de pacientes, a banalização do acidente e também os fatores relativos ao comportamento de outros profissionais, como o descarte incorreto dos perfurocortantes, o que pode provocar o acidente com outros profissionais. Destaca-se como importante a realização de treinamentos contínuos com o intuito de informar e conscientizar os trabalhadores a utilizarem as medidas de proteção universal e individual a fim de prevenir os Acidentes de Trabalho. As recomendações foram fundamentadas em estudos de nível de evidência quatro e seis. Diante desses resultados recomenda-se a realização de novas pesquisas com delineamentos que permitam níveis de evidência mais fortes, como exemplo os estudos de caso-controle e coorte. Nesse universo insere-se o papel do enfermeiro no gerenciamento dos serviços de saúde do trabalhador, na inserção de programas de educação em saúde para a prevenção e redução dos acidentes de trabalho.

**ÁREA TEMÁTICA:** Trabalho.

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Previdência Social. A seguradora do trabalhador brasileiro-MPS. 2011. Disponível em: <http:/www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=39>. Acesso em: 29 mar. 2011.

2. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Rev Latino-am Enfermagem. 2006; 14(1):124-31.

3. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Rev Texto Contexto Enferm. 2008,17(4): 758-64.

4. Vargas LT, Vargas LT, Bayona ST, Agustín VV, Angel LV, Vargas LO. Accidentes biológicos em estudiantes de laUniversidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Rev. Univ. Ind. Santander, Salud. 2010; 42(3):192-199.

5. Galon T, Robazzi MLCC, Marziale MHP, Acidentes de trabalho com material biológico em hospital universitário de São Paulo. Rev. eletrônica enferm. 2008; 10(3): 673-85.

6. Simão SAF, Soares CRG, Souza V, Borges RAA, Cortez EA. Acidentes de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais de enfermagem de unidade de emergência hospitalar Rev. enferm. UERJ. 2010; 18(3):400-404.

7. Jansen AC, Robazzi MLCC. Accidentes de trabajo enenfermería y surelación con la instrucción recibida Cienc. Enferm. 2009; 15(1):49-59.

8. Miranzi SSC, Gaspar AACS, Iwamoto HH, Miranzi MAS, Dziabas DC. Acidentes de trabalho entre os trabalhadores de uma universidade pública. Rev. bras. saúde ocup. 2008; 33(118): 40-47.

9. Magagnini MAM, Ayres JÁ. Acidentes com material biológico: a realidade de uma instituição hospitalar do interior paulista. REME rev. min. Enferm. 2009;13(1):123-130.

10. Dalarosa MG, Lautert, L. Acidente com material biológico no trabalhador de enfermagem em um hospital de ensino: estudo caso-controle. Rev. gaúch. enferm; 2009; 30(1):19-26.

11. Alves SSM, Passos JP, Tocantins FR. Acidentes com perfurocortantes em trabalhadores de enfermagem: uma questão de biossegurança. Rev. enferm. UERJ. 2009; 17(3):373-377.

12. Dias FLA, Pinheiro PNC, Barroso MGT, Perfil dos profissionais de enfermagem que se acidentam com materiais perfurocortantes no seu ambiente de trabalho. Rev. RENE. 2006; 7(3):9-14.

13. Silva JA, Paula VS, Almeida AJ, Villar LM. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2009;13(3):508-516.

14. Oliveira BC, Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. Estudo sobre ocorrências de acidentes de trabalho com material biológico em profissionais de enfermagem de um hospital. Cogitareenferm. 2008;13(2):194-205.

15. Lima FA, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Acidentes com material perfurocortante: conhecendo os sentimentos e as emoções dos profissionais de enfermagem. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2007;11(2):205-211.

16. Murofuse NT, Marziele MHP, Gemelli, LMG Acidente com material biológico em hospital universitário do oeste do Paraná. Rev. gaúch. Enferm. 2005;26(2):168-179.

17. Balsamo, AC, Felli, VEA. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores de saúde de um Hospital Universitário. Rev Latino-am Enfermagem. 2006:14(3); 346-53

18. Caixeta, R.B; Branco, A.B. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(3):737-746.

19. Ertem M, Dalar Y, Çevik US, H Hospital, Diyarbak›r, Turquia Injury or body fluid splash incidence rate during three months period in elective surgery procedurtes, at Dicle University Hospital, Diyarbahir, Turkey. Ulus travma Acil Cerrahi Derg 2008;14(1):40-45.

20. D'Errico A, et al. Hospital injury rotes in relation to socioeconomic status and working. Occup Environ Med 2007;64:325-333.doi:10.1136/oem.2006.027839.

# OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SUAS PERCEPÇÕES ACERCA DO SEU TRABALHO

# OMMUNITY HEALTH WORKERS AND THEIR PERCEPTIONS ABOUT YOUR WORK

# TRABAJADORES DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD Y SUS PERCEPCIONES ACERCA DE SU TRABAJO

SPERONI, Katiane Sefrin[1]
FÉLIX, Roselaine dos Santos[2]

1 Autora do Estudo. Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, membro da Equipe de Segurança do Paciente do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM. Especialista em Enfermagem do Trabalho FATEC/FACINTER. Pós-graduanda em Gestão de Organizações Públicas em Saúde – UFSM e TICs Aplicada à Educação – UFSM. E-mail: katiane.speroni@gmail.com.
2 Enfermeira da Unidade Tocoginecológica do HUSM/UFSM. Especialista em Saúde Pública e com Ênfase em Serviços - Universidade do Contestado. Membro da Equipe de Segurança do Paciente HUSM. Orientadora do trabalho. E-mail: rsstfx@yahoo.com.br.

**RESUMO:** A ESF enquanto proposta do governo como forma de política, por vezes é desfavorável e limitante do processo de qualidade de vida. Em seu exercício profissional, os trabalhadores convivem com desafios cotidianos que acabam por afetar todas as dimensões de suas vidas, em especial o ACS. Objetivou-se refletir sobre a percepção que o ACS do município de Santa Maria - RS e se estes trabalhadores percebem os riscos existentes no seu trabalho e nas relações de trabalho afim de, prevenir de doenças e promover a saúde destes trabalhadores. Configura-se como uma pesquisa descritiva-exploratória de caráter qualitativo. Participaram do estudo trinta e três ACS atuantes nas ESF. Utilizou-se entrevista semi-estruturada e os dados analisados por conteúdo temático. Os resultados apontaram que este profissional consegue ter percepções acerca do seu trabalho através das seguintes categorias: satisfação humana e profissional, aspectos negativos do seu trabalho e fatores que influenciam no seu trabalho.

**Descritores:** Enfermagem; Trabalho; Agentes Comunitários de Saúde;

**ABSTRACT:** The ESF proposal while the government as policy sometimes is unfavorable and limiting the process quality of life. In his professional practice, workers live with

everyday challenges that ultimately affect all dimensions of their lives, especially the ACS. Aimed to reflect on the insight that the city from Santa Maria - RS and if these workers realize the risks in your work and labor relations in order to, prevent disease and promote the health of these workers. Configured as a descriptive-exploratory qualitative. Participants were thirty-three ACS active in EFS. We used semi-structured interviews and analyzed for thematic content. The results showed that this professional can have perceptions of their work through the following categories: human and professional satisfaction, negative aspects of their work and the factors that influence their work.

**Descriptors:** Nursing; Work; Community Health Agents;

**RESUMEN:** La propuesta FHS mientras que el gobierno la política a veces es desfavorable y la limitación de la calidad de los procesos de la vida. En su práctica profesional, los trabajadores viven con los retos diarios que en última instancia afectan a todas las dimensiones de su vida, sobre todo los de ACS. Dirigido a reflexionar sobre la idea de que la CHA de Santa Maria - RS y si estos trabajadores se dan cuenta de los riesgos en el trabajo y las relaciones laborales con el fin de, prevenir las enfermedades y promover la salud de estos trabajadores. Configurado como cualitativo descriptivo-exploratorio. Los participantes fueron treinta y tres ACS activa en FHS. Se utilizó la entrevista semi-estructurada y analizados por contenido temático. Los resultados mostraron que este profesional puede tener la percepción de su trabajo a través de las siguientes categorías: satisfacción humana y profesional, los aspectos negativos de su trabajo y los factores que influyen en su trabajo.

**Descriptores**: Enfermería, Trabajo, Trabajadores de Salud Comunitaria;

## INTRODUÇÃO

A saúde é alvo de constantes debates no mundo, sendo pactuada em diversas conferências e fóruns afim de, atenuar as desigualdades sociais existentes nas nações e também, elevar os indicativos de saúde da população em geral. Sob a ótica dos profissionais e estudiosos na área, vários setores da sociedade interligam-se a área da saúde. Nesta perspectiva, observam-se os inúmeros esforços da sociedade, do Estado e dos órgãos locais com intuito de articular ações no âmbito promoção da saúde, porém, percebe-se que a rede, o acesso aos bens e a demanda de serviços, vinculados ao processo de trabalho dos sujeitos ainda encontram-se em formulação e estruturação. Neste contexto, através do movimento da Reforma Sanitária no Brasil, a saúde é legalizada na Constituição de 1988 como um direito assegurado pelo Estado a todos os brasileiros, alicerçada em princípios e diretrizes como a universalidade, integralidade, equidade e a participação da população nas decisões referentes à saúde de sua localidade, através do Sistema Único de Saúde (SUS)[1]. Em relação à Saúde do Trabalhador, somente em meados de 1970 no Brasil são inserido nos

locais de trabalho os profissionais que ficariam responsáveis pela segurança e saúde dos trabalhadores. A partir desta década, o serviço de medicina do trabalho é incorporado às empresas de forma obrigatória, com o intuito de reduzir aos altos índices de acidentes gerados pelo trabalho. Neste contexto, no ano de 2004, elaborou-se a Política Nacional de Segurança à Saúde do Trabalhador (PNSST), onde o Ministério da Saúde (MS), da Previdência e Assistência Social (MPS) e do Trabalho e Emprego (TEM) consideram trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, independente da sua maneira de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia[2]. Atualmente, existe uma gama profissionais inseridos no ambiente de trabalho das empresas cujo objetivo não é apenas a prevenção de acidentes de trabalho, mas também, através de uma prática social, articulada com a promoção da saúde, contribuir, para a transformação da realidade de saúde dos trabalhadores de uma em geral. Deste modo, as ações de promoção da saúde no ambiente laboral surgem a partir de intervenções das doenças ocupacionais e profissionais e dos acidentes de trabalho, causando uma ruptura no conceito de Medicina do Trabalho (MT) e Saúde Ocupacional (SO), sendo estabelecida uma ligação entre a doença e o agente causador ou ainda, a um conjunto de situações de risco presentes neste ambiente[3]. Nessa concepção, pode-se considerar como principal lócus de promoção da saúde a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual foi proposta pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2006 pela Portaria nº 648/06, no intuito de conferir ao Programa de Saúde da Família (PSF) um caráter de continuidade das ações em saúde, além de buscar o fortalecimento da atenção básica e a saúde da família como eixo estruturante[1]. Neste sentido, o trabalhador das ESF, em especial, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), depare-se com condições desfavoráveis e limitantes no processo de qualidade de vida, visto que em seu exercício profissional, os trabalhadores convivem com desafios cotidianos que acabam por afetar todas as dimensões de suas vidas. Desse modo, torna-se de grande relevância compreender a dimensão que o trabalho assume na vida dos profissionais e que significados lhes são atribuídos. Sendo assim, destaca-se ainda que no processo de qualidade de vida, o trabalho é um fator inseparável das experiências cotidianas, visto como parte fundamental do processo das construções históricas e sociais de cada sujeito, no que tange os anseios, aspirações e objetivos ao longo da vida. Desta forma, quando o trabalhador distancia-se destes fatores e não planeja a prevenção de seu adoecimento no trabalho, associado a inúmeros problemas de saúde, sobretudo relacionados aos fatores emocionais e pessoais, bem como do ambiente, remuneração, sobrecarga e desmotivação com o trabalho, provocam de forma indireta o seu adoecimento[4]. O gerenciamento dos riscos ocupacionais, envolvem as determinações e ações que ocorrem conforme a seguir: o primeiro dentro da sociedade e pelos governos, através da implementação de políticas públicas, exigências legais, normas e padrões, que fundamentam a aceitabilidade de determinado risco e as práticas nos locais de trabalho. Já o segundo no interior das empresas, através das práticas gerenciais que podem ajudar a prevenir os riscos nos locais de trabalho, cuja realidade do

indivíduo fica muito próxima com problemas de diversas ordens, limitações internas e externas incontáveis que expõem o trabalhador a riscos físicos e/ou psicossociais que podem desencadear o processo de estresse[5]. O indivíduo trabalha para sua sobrevivência, recebendo remuneração que muitas vezes torna-se insuficiente para a sua subsistência, visto que não contemplam o conceito de saúde, ampliado na VIII Conferência. Nesta perspectiva, surgiu uma inquietação em relação ao que existe descrito na literatura sobre qual a percepção dos ACS tem sobre o impacto de suas ações na qualidade de vida das pessoas que são atendidas por estes trabalhadores, vinculados a suas relações no trabalho e os fatores de riscos a que são expostos, uma vez que, estão sujeitos a uma condição que os limitam a todo tempo, e os expõem facilmente a diversos fatores de risco. Portanto, o desenvolvimento desta pesquisa **objetivou-se** refletir sobre a percepção que o ACS do município de Santa Maria - RS tem de suas ações no cotidiano das pessoas de sua comunidade, se estes trabalhadores percebem se existem fatores de risco em seus ambientes e relações de trabalho justificando-se assim, como objetivo desta pesquisa. Destaca-se que, na realidade estudada, ocorre um processo de reformulação e reestruturação das equipes atuantes na saúde da família e, em especial no processo de alocação dos ACS, por este motivo, esta proposta atende a uma demanda e solicitação da Secretaria de Município da Saúde deste município.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, de caráter qualitativo. A pesquisa qualitativa está diretamente relacionada ao fenômeno das ciências sociais e ao universo da significação, da motivação, das crenças, dos valores e dos costumes[6]. Compreende-se este processo como parte da realidade social, pois o ser humano diferencia-se não só em suas atitudes, mas em refletir e interpretar suas ações inseridas no contexto vivido, como também, compartilhar com seus pares as dimensões da produção humana, resumindo-se no universo das relações, das representações e da intencionalidade. O estudo foi desenvolvido em seis Unidades de Estratégias de Saúde da Família vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria - RS: ESF Bela União (região norte), ESF Urlândia (região sul), ESF Maringá (região leste), ESF Roberto Binato (região oeste), ESF Alto da Boa Vista (região oeste) e ESF Vitor Hoffmam (região oeste). Foram participantes do estudo 33 ACS de Estratégias de Saúde da Família (ESF) que atuavam nesse município por, no mínimo, há seis meses na profissão. O tempo de atuação na profissão entre os participantes variou de 8 meses a 11 anos. A pesquisa foi desenvolvida no período de agosto a novembro de 2011. Para coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada, sendo solicitado aos participantes que as entrevistas fossem gravadas em aparelho MP4, a fim de assegurar a integridade e fidedignidade dos dados. Os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo Temática de Minayo (2008). Esse método corresponde a um arranjo de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos ordenados e objetivos a definição do conteúdo das falas, dos indicadores, como também, permitir a intervenção de

conhecimentos respectivos às condições de produção e recepção dos discursos. Esse tipo de análise constituiu-se de algumas etapas, pois inicialmente se processou a transcrição das entrevistas, com posterior organização, interpretação e categorização dos dados. Em seguida, foram utilizados referenciais para que, a partir das articulações dos mesmos aos dados do estudo, pudessem emergir novas interpretações e, consequentemente, efetivar-se a produção do conhecimento. No intuito de preservar o anonimato dos participantes, foi adotada a terminologia ACS 1 a ACS 33. Este estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano – CEP/UNIFRA para análise e aprovação, estando registrado sob o número 248.2011.2. Foi ainda aprovado pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Município de Saúde (NEPES). Além disso, foi disponibilizado aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações pertinentes ao estudo, garantindo o anonimato e a autorização para divulgação dos dados coletados, conforme previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa[7].

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de análise dos dados permitiu que os mesmos fossem interpretados e analisado por meio das categorias: Satisfação humana e profissional, Aspectos negativos do seu trabalho e Fatores que influenciam no seu trabalho.

## SATISFAÇÃO HUMANA E PROFISSIONAL NO TRABALHO

O desenvolvimento da ciência e as inovações tecnológicas decorrentes da globalização e informatização têm proporcionado crescentes transformações nas relações humanas e na vida dos sujeitos, causando impacto importante na sociedade, em especial, no trabalho. Esta dinâmica associa-se a experiência de vida de cada ser humano e dá viés a construção de diferentes conceitos, propicia novos saberes e condiciona diferentes formas de experienciar as situações que surgem ao longo da vida. Diante disso, os profissionais envolvidos com a promoção da saúde, em destaque, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), trabalhadores atuantes nas Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), deparam-se com as mais diversas situações no processo de trabalho a partir de suas percepções. Com relação ao conceito de trabalho, destaca-se que filósofo Marx trouxe para a ciência o verdadeiro sentido desse termo. Esse autor aponta que o trabalho condiciona-se como a essência da humanidade, uma vez que é pelo meio que o homem se relaciona com a natureza, transformando-a em bens que serão acrescidos algum valor. Assim, o trabalho torna-se algo negociável, comercializável entre as classes capitalistas (grandes proprietários da produção) e os trabalhadores assalariados (privados de meios de produção própria que vendem sua força de trabalho para existir e viver na sociedade). Nesta perspectiva, o trabalho não é considerado apenas uma atividade isolada de produção, uma vez que é através das relações no trabalho que o homem vive em sociedade, formando uma relação interdependente do outro, principalmente na área da saúde[2]. Na Grécia antiga e na Roma antiga, o trabalho era de exclusividade dos escravos, sendo considerado indigno dos indivíduos que viviam

livremente. Trabalho em português, *travail* em francês tem sua origem na palavra latina *tripallium*, que indicava instrumento de tortura, com a finalidade de "domar" seres humanos para o trabalho. A função básica do ato *tripalliare* (usar o *tripallium* para tortura) era mostrar ao torturado, simultaneamente, que ele estava condenado ao trabalho e que não tinha dignidade humana[9]. O trabalho conceitua-se de uma forma positiva para homem, sendo caracterizado como a valorização da aplicação das capacidades humanas para fazer uso dos recursos naturais, responsabilizando-o pela própria condição da humanidade. O ato de trabalhar significa fazer com cuidado, produzir, dedicar-se na ação de uma tarefa, com determinado esforço, para alcançar o objetivo proposto10. Desse modo, corroborando com Marx (1998), o processo de trabalho é uma relação entre o homem e a natureza, onde por meio da ação do homem intercede, ajusta e controla seu metabolismo com a natureza, de forma que se apodera das forças naturais, mantendo em constante movimento e em conjuntura a natureza com seu organismo, com intuito de apropriar-se da matéria natural numa forma benéfica para o seu próprio viver. Apesar de Freud não estudar sobre o trabalho e suas relações, salienta que considerou a constituição da felicidade, principalmente, na disposição de amar e trabalhar4. Na perspectiva da psicologia, o trabalho é considerado como uma das bases fundamentais para a realização humana num contexto geral. Esta premissa fica evidente nas seguintes falas dos Agentes Comunitários de Saúde:

*"Então assim, isso é muito bom e eu me sinto muito feliz de ser agente de saúde. Como eu disse, para mim é*
*a melhor coisa que aconteceu na minha vida. É um trabalho que eu amo fazer, faço bem, graças a Deus. Se eu não fizesse bem feito não estava aqui" (ACS 10)*

A satisfação no trabalho provém de uma série de influências exercidas sobre o trabalhador e que afetam diretamente sua saúde física e mental como: as ações em seu trabalho, comportamento profissional e social, repercutindo tais ações em sua vida pessoal e no convívio familiar de cada indivíduo. Nesta perspectiva, a satisfação no trabalho trata-se de um estado subjetivo em que a satisfação é uma situação ou evento que pode variar de indivíduo para indivíduo, pois se modificam de acordo com as influências do meio e no decorrer do tempo, podendo o mesmo trabalhador estar sujeito a influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho[11]. Portanto, a definição de satisfação no trabalho pode ser compreendida de várias maneiras, dependendo do conceito dado por cada pesquisador na área. Geralmente, conceitua-se satisfação no trabalho como sinônimo de motivação, atitude ou como estado emocional positivo existindo, ainda, estudiosos que consideram satisfação e insatisfação como fenômenos opostos, sendo assim, observados nas falas acima. A satisfação no trabalho está relacionada a elementos causais do próprio trabalho, possibilidades de promoção, reconhecimento, condições e ambiente de trabalho, relações com os colegas e subordinados, qualidades da supervisão e gerenciamento, bem como, a política e as competências da instituição[11]. Nesta perspectiva, os fatores psicossociais no trabalho são compreendidos como aqueles fatores que se referem à

interação entre o trabalhador e o meio ambiente de trabalho, as ações desenvolvidas no trabalho, as condições organizacionais e habilidades do trabalhador, as necessidades, a cultura, as causas externas ao trabalho, fatores da vida pessoal e que podem, por meio de percepções e experiência, influenciar na saúde, no desempenho do trabalho e no sentimento de satisfação no trabalho. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma política do Ministério da Saúde na qual se ressalta que são atribuídos aos profissionais variadas tarefas com alto grau de exigências e responsabilidades[5]. Desde modo, dependendo do ambiente e da organização do trabalho para a sua realização e do preparo para desempenhar suas atividades, podem levar o profissional a enfrentar diversas situações ao desenvolverem seu trabalho. Observa-se nas falas que apesar do referido município estar sofrendo um processo de estruturação das equipes e reformulação da política de Atenção Básica local, os ACS relatam sentirem-se felizes ao desenvolver, seu trabalho.

**ASPECTOS NEGATIVOS DO TRABALHO**

Com a globalização da economia, o trabalho vem sendo abordado de forma contraditória. Por um lado, observa-se que é supervalorizado e recompensado[12]. Por outro, provavelmente em função do desequilíbrio entre oferta e procura que tem gerado multidões de desempregados e vem sendo drasticamente desvalorizado. Em ambos os casos têm, frequentemente, ocorrido um grande aumento de exigências sobre os sujeitos, organizações e a própria sociedade. O trabalho tem sido considerado de formas diversas não encontrando ainda uma definição unânime. Vários são os pontos de vista a partir dos quais se pode compreendê-lo[13]. À medida que passam os anos, observa-se que se desenvolve sofrimento ou necessidades emocionais não satisfeitas referentes ao processo de trabalho, onde o sujeito experencia um sentimento de insatisfação geral e sofrimento ao desenvolver ações relacionadas ao trabalho. Esta premissa fica evidente nas seguintes falas dos ACS:

*"Eu estava ficando doente, estava entrando em depressão. Eu estava com problemas sérios em casa, familiar, por falta de condições de trabalho dentro da unidade, por falta de profissionais competentes para solucionar, para resolver os problemas da comunidade." (ACS 4)*

À medida que a tensão relacionada ao estresse aumenta, a segurança e a sobrevida são ameaçadas. O indivíduo de uma forma geral, responde de diversas maneiras as situações complicadas do seu cotidiano, refletindo diretamente no nível de adaptação e maturidade de cada pessoa. As maneiras pelas quais as pessoas respondem aos estímulos pouco favoráveis do ambiente laboral, expõem-se a diversas experiências emocionais, biológicas e socioculturais[3]. Quando o estresse interfere com a capacidade de uma pessoa agir de forma confortável e inibe o gerenciamento efetivo das necessidades pessoais, essa pessoa se encontra em risco de apresentar problemas emocionais. À medida que comportamentos dolorosos e improdutivos são repetidos, evidenciam um padrão cíclico: raciocínio prejudicado, sentimentos negativos e mais ações disfuncionais que impedem a satisfação da pessoa nas demandas diárias. Esta premissa fica evidente nas seguintes falas:

*"O ruim que eu acho é morar dentro da área, isso eu acho que é o pior para mim porque eles não definem o horário para me procurar. Os fiscais do teu próprio serviço é a própria comunidade, por eu morar dentro da área, eles cuidam da minha vida." (ACS 28)*

*"Agente comunitário é ser integrante de casa que tu vais, cada família que tu vais, tu és integrante daquela família. Tu és o quebra-galho das famílias, tudo é direcionado ao agente de saúde."(ACS 7)*

A desmotivação e a falta de estímulo no ambiente laboral pode desencadear um desequilíbrio biológico, podendo afetar até mesmo a comunidade assistida. Tal desequilíbrio biológico, associado a componentes físicos e psicológicos conhecido como estresse, manifesta-se em forma de absenteísmo, alcoolismo, problemas emocionais, mudanças inexplicáveis na eficiência, desempenho irregular, impaciência com a população no qual trabalha e outros problemas[13]. Nesta perspectiva, o ser humano constrói sua qualidade de vida e saúde a partir da relação consegue mesmo e com o ambiente. Portanto, ele precisa ser educado quanto aos meios que lhe proporcionem saúde, bem-estar físico e psíquico, capacidade de interação construtiva com o mundo e capacidade de ação. A saúde não é apenas condição fundamental para qualidade de vida, mas também, sua expressão mais evidente. Para tanto, a qualidade de vida no trabalho, por sua vez, pode ser visto como um indicador da qualidade da experiência humana no ambiente de trabalho. Trata-se de um conceito restrito, relacionado à satisfação dos funcionários quanto à sua capacidade de produção em um ambiente seguro, de respeito mútuo, com oportunidades de treinamento e aprendizagem e com o equipamento e facilidades adequadas para o desempenho de suas funções[14].

**FATORES QUE INTERFEREM NO TRABALHO**

Neste estudo, observou-se ainda que questões relacionadas à gestão em recursos humanos trazem prejuízos para o processo de trabalho do ACS. A atuação em equipes incompletas e a instabilidade dos profissionais são marcadas como fatores que interferem diretamente no trabalho do ACS. Nas falas a seguir os ACS evidenciam como problemática que implica em dificuldades em desenvolver seu trabalho, a instabilidade da equipe:

*"Precisamos de uma equipe completa e que ficasse fixa, não esta rotatividade que está tendo agora. Não tem como ter vínculo com a comunidade, não tem como ter um retorno do trabalho, desmobiliza tudo" (ACS 23)*

Em vista disso, atrelado a questões financeiras e de seleção de pessoal, torna-se crescente o consenso entre os trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, diretamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários[15]. Desta forma, compreende-se que o vínculo estabelecido entre a comunidade e os profissionais da saúde fica prejudicado quando se trata da grande rotatividade destes profissionais. A permanência na equipe por um curto período pode limitar a continuidade das ações e dificultar a organização do processo de trabalho, resultando em pouca resolutividade. Neste contexto, o ACS percebe

como um dos principais desafios relacionado ao seu trabalho é a baixa resolutividade das ações da equipe de saúde como argumento, elencado nas falas a seguir:

*"Aqui tu vem só para tentar resolver os problemas da comunidade, mas a gente fica só na tentativa muitas vezes." (ACS 23)*

A resolutividade dos serviços no modelo assistencial proposto pela política de saúde vigente remete-se aos níveis de atenção à saúde, sendo observados, dois aspectos: no primeiro a resolutividade inicia-se dentro do próprio serviço relacionada à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento especializado, ao passo que o segundo, faz menção às questões abrangentes sobre o sistema de saúde, compreendido desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde[16]. Observaram-se neste estudo, determinadas questões que suscitam inúmeras reflexões, como a exposição do ACS a doenças infecto-contagiosas e a riscos ocupacionais relacionados ao seu contexto de atuação. Esta premissa ficou evidente nas falas, as quais podem ser sintetizadas nos termos risco e exposição do ACS:

*"Na comunidade tem sempre aquele medo de entrar. O BOE (Batalhão de Operações Especiais) já me tirou de várias situações no meio da confusão, porque na minha área tem bastantes bocas de fumo, de drogados. Agora deram estas batidas e derrubaram vários lá embaixo, é um trabalho bem arriscado. Por causa disso às vezes tu estás lá e a polícia entra e mete o pé na porta. Uma que eu estava visitando e tinha um bebezinho que tinham escondido toda a droga nas meinhas do bebê, o BOE chegou e começou a revistar a casa" (ACS 28)*

*"E tem a tuberculose que tu vais lá conversar e tem que conversar de perto. Aí mentem que estão fazendo (o tratamento), mas ficamos sabendo que não estão pegando o remédio. Aí a gente entra em contato com tudo isso. Mas se eu colocar uma máscara para chegar lá, não deixam entrar mais." (ACS 8)*

A exposição às situações de perigo e estresse também fazem parte das ações cotidianas deste profissional. Por atuarem em áreas vulneráveis, com bolsões de pobreza e altos índices de criminalidade, o ACS encontra-se exposto a diversos riscos. A exposição a riscos pode desencadear e determinar um agravo, onde a vulnerabilidade está associada aos fatores individuais, sociais, institucionais e ambientais que podem ser representados por recursos compatíveis entre si como o comportamento individual, o acesso à informação, aos serviços e aos bens culturais, a fim de proteger o indivíduo diante da ocorrência do agravo ou, inversamente, submetê-lo à condição de ameaça[17]. Ao desenvolver este estudo, encontrou-se em algumas falas, que a fragilidade da rede de atenção à saúde implica como desafio para a atuação dos ACS:

*"Tem muitas coisas que fogem da alçada da nossa equipe aqui, que vão para a secretaria de saúde e por lá ficam, como uma especialidade. Tem especialidades que demoram seis meses para se ter um retorno. Quando tem retorno, às vezes o paciente nem está mais aqui, trocou de área ou infelizmente já faleceu." (ACS 7)*

O profissional da rede de serviços precisa ter a capacidade de reconhecer o contexto das famílias, exercer a prática do acolhimento, como também, desenvolver a capacidade de escuta qualificada e a compreensão e respeito aos diferentes valores e culturas de cada cidadão, mobilizando outros nós da rede de serviços, ou seja, o trabalho em equipe multiprofissional para soluções de situações que aparentemente sua resolução inexiste[18]. Em muitos casos, o trabalho do ACS torna-se limitada em função das próprias fragilidades no sistema de saúde, ou seja, o SUS. A pouca resolutividade da rede, a exposição a risco e a falta de profissionais capacitados são apontados pelos ACS como lacunas do sistema de saúde, não permitindo, muitas vezes, a continuidade de suas ações. No entanto, apesar de todas estas dificuldades, o ACS organiza o processo do seu trabalho, superando os obstáculos e inovando nas ações junto a sua comunidade, além de encontrar caminhos para os problemas do seu cotidiano.

**CONCLUSÃO**

Com este estudo observou-se que os trabalhadores ACS, souberam relatar suas percepções acerca do seu trabalho como membros das ESF, como também, apontaram como fatores marcantes em seu trabalho a satisfação humana e profissional, os aspectos negativos do seu trabalho e os fatores que influenciam no seu trabalho, apresentando-se como categorias deste estudo. Deste modo, observou-se que o município estudado atravessa por um processo de reformulação e reestruturação das equipes das EFS, impossibilitando a prática com eficiência no trabalho do ACS. Com o relato dos participantes da pesquisa, observou-se que apesar sentirem-se satisfeitos com seu trabalho para com a comunidade, apontam que existem aspectos negativos e indiretamente, uma sobrecarga de trabalho devido a pouca resolutividade dos serviços dispostos na rede, a fragilidade dos serviços, como também, a instabilidade de profissionais na equipe, no qual prejudicam a continuidade de suas ações. Deste modo, atrelado aos riscos a que são expostos, o ACS torna-se um trabalhador pouco valorizado neste novo arranjo assistencial da saúde, visto que, suas ações causam grande impacto nas condições de saúde de sua comunidade. Conforme observado neste estudo, o ACS é o profissional aliado à equipe de saúde, permitindo assim, estimular o compartilhamento dos saberes científicos e populares. Cabe ao profissional, em especial ao enfermeiro, ter domínio de questões que circundam suas relações e seu processo de trabalho, a fim promover, através de políticas locais, melhores condições de trabalho a estes profissionais, de forma que, minimize a exposição destes trabalhadores aos riscos oriundos do processo de seu trabalho, e que possam ser elaboradas medidas que reduzam os fatores causadores do estresse ocupacional. Percebe-se que existe a necessidade de elaboração e implementação das ações da gestão em conjunto com as equipes de ESF, proporcionando aos profissionais da rede básica atuar de forma conjunta com o sistema de saúde, resultando assim, em melhor atendimento por parte dos profissionais à população. A qualificação profissional, o conhecimento das políticas públicas de saúde que norteiam o SUS e o exercício da cidadania são fatores condicionantes para este perfil. Portanto, conclui-se com

este estudo, que o ACS é elemento fundamental para que o Sistema Único de Saúde funcione. Suas ações permeiam um protagonismo incomum em outros profissionais da rede de serviços, o que o difere dos demais integrantes da equipe multiprofissional, onde suas atitudes repercutem em toda a sociedade. Porém, suas ações serão bem sucedidas se os outros setores que compõe a rede de serviços estiverem correlacionados entre si e estruturados adequadamente para suportar as demandas do serviço. Isso só será possível quando os gestores, trabalhadores do SUS e a sociedade trabalharem em conjunto com apenas um objetivo em comum, a melhoria dos aspectos condicionantes à saúde.

**ÁREA TEMÁTICA:** Trabalho

**REFERÊNCIAS:**

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. Ed. Brasília/DF, 2007.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do trabalhador**. Brasília, 2004. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>. Acesso em: 19 mar. 2009.

3. FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**. v.10, n. 2, abr./jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=PT>. Acesso em: 24 set. 2012.

4. ALCÂNTARA, C. C. S. et al. Riscos coupacionais na atenção primária à saúde: susceptibilidade às doenças imunopreviníveis dos profissionais que atuam em uma unidade básica de saúde de Fortaleza, Ceará 2003. **Revista APS**, v.8, n.2, p. 143-150, jul./dez. 2005.

5. CAMELO, Silvia Helena Henriques, ANGERAMI, Emília Luigi Saporiti. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família**. Rev. Eletr. Enf**. 2008, vol 10, pág 915-23. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a04.htm>. Acesso em: 07 dez. 2012.

6. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 27ª Ed. Petrópolis: RJ, Vozes, 2008.

7. BRASIL. Resolução nº. 196/96. Pesquisa em seres humanos. **Revista Bioética**. p. 36-8, Abr./Jun. 1996.

8. ALVES, Giovanni. Trabalho e Sindicalismo no Brasil: Um balanço crítico da "Década Neoliberal" (1990-2000). **Rev. Sociol. Polít.,** Curitiba/PN**,** v. 19, p. 71-94, nov. 2002.

9. MANCEBO, D. Trabalho docente: subjetividade, sobre implicação e prazer. **Psicol. Reflex. Crit.** v. 20, n. 1. 2007. Disponível em: <http://search.bvsalud.org/regional/?q=subjetividade%20no%20trabalho&lang=pt&_charset_=iso-8859-1>. Acesso em: 10 out. 2009.

10. CODO, W. **O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho**. Ed Vozes: Petrópolis: Rio de Janeiro, 2004.

11. MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B.. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de psicologia social do trabalho**, 2003 vol 6 pág. 59-78.

12. IIDA, Itiro. **Ergonomia:** projeto e produção. 2. ed. São Paulo: Edgard Blücher. 2005.

13. SOUZA, Suerda Fortaleza de. **Trabalhadores e saúde mental dos trabalhadores de manutenção de um sistema de geração e transmissão de energia elétrica**. 2009. Dissertação (Mestrado Saúde, Ambiente e Trabalho). Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador, Bahia, 2009.

14. ROSA, Marco Antonio Salles, PILATTI, Luiz Alberto. **Qualidade de vida no trabalho e a legislação pertinente.** Ponta Grossa, n. 93, p. 1-6, 2006. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd93/trabalho.htm>. Acesso em 06 dez. 2012.

15. SANTOS, Maria Ruth dos; PIERANTONI, Célia Regina; MATSUMOTO, Karen dos Santos. Agentes Comunitários de Saúde: A visão dos usuários do PSF da região de saúde de Juiz de Fora. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 258-265, jul/set 2010.

16. TURRINI, Ruth Natalia Teresa, LEBRÃO, Maria Lúcia Lebrão; CESAR, Chester Luiz Galvão. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-74, mar 2008.

17. MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-33, set 2007.

18. DEGANI, Vera Catarina. **A resolutividade dos problemas de saúde: opinião dos usuários em uma unidade básica.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Escola da UFRGS de Enfermagem. Porto Alegre/RS, 2002.

# AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

# INTERPERSONAL RELATIONS IN PRACTICE HUMANIZATION UNIT IN PRIMARY

# RELACIONES INTERPERSONALES EN LA PRÁCTICA EN PRIMARIA UNIDAD HUMANIZACION

BETTI, Graciele[1]
MAESTRI, Eleine[2]
MARTINI, Jussara Gue[3]

1 Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul. gracibetti@hotmail.com
2 Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista FUMDES. Professora Assistente da Universidade Federal da Fronteira Sul.
3 Doutorora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal de santa Catarina.

**RESUMO**: Trata-se de uma reflexão acerca da prática da Política Nacional de Humanização no trabalho das Unidades Básicas de Saúde, visto que a Humanização pode ser um referencial para as relações interpessoais que envolvem as Equipes de Saúde da Família. O **objetivo** desse estudo é refletir acerca das relações interpessoais, entre a equipe de saúde da atenção primária para a implementação da prática da humanização nos serviços prestados na atenção primária. **Metodologia:** Os trabalhos utilizados foram pesquisados nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os **resultados** obtidos puderam ser divididos em dois grandes grupos, sendo "O humanizar e as interações equipe-usuários" e "A Política Nacional de Humanização como um desafio no modo de trabalho da atenção primária". **Conclusão:** Esta reflexão proporciona a evidenciação da correlação que tem as relações interpessoais e a Humanização na atenção primária.

**ABSTRACT:** This is a reflection on the practice of the National Humanization of work of Basic Health Units, as the Humanization can be a reference to interpersonal relationships involving the Family Health Teams. The **aim** of this study is to reflect on the interpersonal relationships between the staff of primary health care for the practical implementation of the humanization of services provided in primary care. **Methodology**: The papers used were searched in the databases the Latin American and Caribbean Health Sciences

(LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). The **results** could be divided into two major groups, "The humanizing and team interactions-users" and "The National Humanization Policy as a challenge in work mode of primary care." **Conclusion:** This reflection provides the disclosure of the correlation that has interpersonal relationships and Humanization in primary care.

**RESUMEN:** Se trata de una reflexión sobre la práctica de la humanización Nacional de trabajo de las Unidades Básicas de Salud, ya que la humanización puede ser una referencia a las relaciones interpersonales que afectan a los equipos de salud familiar. El **objetivo** de este trabajo es reflexionar sobre las relaciones interpersonales entre el personal de atención primaria de salud para la aplicación práctica de la humanización de los servicios prestados en la atención primaria. **Metodología:** Los documentos utilizados se realizaron búsquedas en las bases de datos de América Latina y del Caribe (LILACS) y Scientific Electronic Library Online (SciELO). Los **resultados** se pueden dividir en dos grupos principales: "La humanización y el equipo de las interacciones de los usuarios" y "La Política Nacional de Humanización como un reto en el modo de trabajo de la atención primaria." **Conclusión:** La reflexión proporciona la divulgación de la correlación que tiene las relaciones interpersonales y la humanización en la atención primaria.

**DESCRITORES:** Humanização da Assistência; Atenção Primária de Saúde; Relações Interpessoais.

**KEYWORDS:** Humanization of Assistance ; Primary Health Care; Interpersonal Relations

**PALABRAS CLAVE:** Humanización de la Atención; Atención Primaria de Salud; Relaciones Interpersonales

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária no Brasil vem se modificando há algum tempo, principalmente depois da VIII Conferencia Nacional de Saúde, que abordou a organização e os objetivos desse nível de complexidade.

Como nova forma de organização dos trabalhos da Atenção Básica para uma abordagem completa da saúde, desde 2006, o Ministério da Saúde propõe que o trabalho seja organizado através da Estratégia de Saúde da Família. O objetivo da equipe de Estratégia de Saúde da Família é a promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde da população adstrita, por meio da atenção integral à saúde pelo estabelecimento de vínculo com a comunidade[1]. Essa nova dinâmica de trabalho define responsabilidades entre os profissionais e a população, propondo ações planejadas, de forma a contribuir com o estabelecimento do vínculo e corresponsabilização entre ambos[2]. Para estabelecer na prática essa maneira de trabalho, é exigido dos profissionais conhecimentos e habilidades

de relações interpessoais, tanto para com o usuário quanto para com a equipe de saúde, possibilitando a criação de vínculo e confiança entre a equipe de saúde e os usuários. As relações interpessoais compreendem desde a percepção do outro, de si mesmo, dos sentimentos e atitudes, tendo a comunicação como papel fundamental, envolvendo a maneira de falar, a entonação da voz e o uso adequado de palavras, saber ouvir o outro e a empatia[3]. De acordo com a forma em que essa relação interpessoal se estabelece entre a equipe e os usuários promoverá ou não a formação de vínculos e a corresponsabilização entre esses. O vínculo criado por meio da escuta e participação do usuário no planejamento e intervenções contribuem para a autonomia do usuário, substituindo o ato mecânico e frio, possibilitando assim, a execução do cuidado humanizado[2]. Dessa forma, a humanização se torna uma pilar essencial na construção desse novo modelo de atenção[4]. A Política Nacional de Humanização foi institucionalizada como uma ferramenta para direcionar o trabalho no cuidado do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de provocar inovações nas práticas de produção de saúde, propondo o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços, por meio da transversalidade e indissociabilidade entre as esferas e atores sociais envolvidos[5]. Certamente, os profissionais devem estar preparados tanto cientificamente quanto emocionalmente e socialmente para trabalhar com a comunidade adstrita em sua área, pois essa nova forma de trabalho exige dos profissionais o lidar com os seus sentimentos, crenças e valores. É fundamental que estes estejam dispostos a mudar, visto que todos os atores envolvidos são humanos, com a mesma complexidade, mas com particularidades. Além disso, essa proposta exige criatividade dos profissionais para resolver as situações da melhor forma possível, visto que a Política Nacional de Humanização coloca que as suas diretrizes, o acolhimento, clínica ampliada, cogestão, produção de redes, e a valorização do trabalho e do trabalhador em saúde, serão sempre uma "utopia"[5]. Dessa forma é possível entender que o serviço nunca estará pronto, mas sim, sempre sendo construído, de acordo com a realidade do local de implantação. A construção da Política Nacional de Humanização, portanto, se dá a partir das experiências do SUS, dos processos de trabalho em curso nos serviços de saúde, através das práticas dos trabalhadores, usuários e gestores do Sistema Único de Saúde. Assim, a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode ser compreendida como tarefa administrativa separada das práticas de cuidado[6]. Fica evidente que a Política Nacional de Humanização exige uma mudança na forma de trabalhar e também das pessoas enquanto humanas, conciliando a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de executar a assistência, incorporando a história do indivíduo[1], e considerando-o como um ser humano multidimensional, as suas particularidades e o real interesse sobre o mesmo, de quem lhe atende[7]. Para tanto, humanizar é um processo ativo e sistemático de inclusão[8]. Este ato espera dos atores sociais envolvidos na produção da saúde, capacidade e vontade de modificar a forma de trabalho, para a melhoria do atendimento e resolução dos problemas de saúde na atenção primária. Pensando neste contexto, o objetivo principal deste trabalho é refletir acerca das relações interpessoais, entre a equipe de saúde da

atenção primária para a implementação da prática da humanização nos serviços prestados na atenção primária.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão acerca da prática da Política Nacional de Humanização no trabalho das Unidades Básicas de Saúde. Os trabalhos utilizados foram pesquisados nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os descritores utilizados foram: humanização, atenção básica, atenção primária e humanização na atenção primária.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca na literatura gerou a abordagem das relações interpessoais para a implementação da prática da humanização nos serviços da atenção primária, sendo "O humanizar e as interações equipe-usuários" e "A Política Nacional de Humanização como um desafio no modo de trabalho da atenção primária".

### O humanizar e as interações equipe-usuários

Podemos entender por humanizar, um ato onde o sujeito ativo considera o outro como um ser multidimensional, que está inserido em uma sociedade impregnada de valores e culturas, os quais devem sempre ser considerados na relação interpessoal. Para tanto, é difícil encontrar uma conceituação para a humanização, visto que a Política Nacional de Humanização define-a como uma forma de ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais[9]. Humanizar pressupõe considerar a essência do ser, respeito da individualidade, ou seja, tomada a partir do resgate do homem e da satisfação das suas necessidades, considerando-o como um ser multidimensional[10-11]. A humanização pode ser considerado como o eixo da ética nas práticas de saúde, pois propõe movimentos instituintes de crítica e problematizações constantes acerca dos processos em saúde[12]. É possível identificar diversas conceituações sobre a humanização, sendo passível também de encontrar essa diversidade nas unidades básicas de saúde, fazendo com que cada profissional vislumbre e pratique de forma diferente. Apesar dessa divergência parcial, a Política Nacional de Humanização acredita que é possível construir e manter vínculos entre os atores sociais do cuidado na saúde, produzindo assim, graus crescentes de autonomia e corresponsabilidades[5]. Para tanto, o diálogo entre a equipe de saúde e usuários é essencial para a mudança do modo de cuidar, sendo os serviços de saúde espaços importantes de interação e corresponsabilidade para as ações de saúde[2]. As interações entre usuários e equipe de saúde alicerçadas no diálogo, geram acolhimento por meio de ações simples e sensíveis de interação, extrapolando o domínio normativo e direcionado, fazendo o usuário enxergar, pensar, sentir e utilizar sua autonomia[7]. É uma prática nova no cotidiano de trabalho dos profissionais, que exige além do conhecimento científico, conhecimento das interações pessoais, ou seja, como a empatia, respeito, comunicação e

acolhimento. Essa inovação é complexa, e exige vontade política e capacidade para a realização de mudanças, pois a Política Nacional de Humanização, com seus princípios, diretrizes e metodologias, colabora e presta suporte para a alteração dos processos de trabalho na atenção primária, transformando-os em mais democráticos e inventivos, ampliando a capacidade de acolher e resolver as necessidades de saúde, valorizando as ações dos trabalhadores da saúde[6]. Para tanto, a Política Nacional de Humanização traz em suas diretrizes específicas para o nível da atenção básica a elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando a intersetorialidade e as necessidades de saúde, o incentivo da promoção da saúde, estabelecimento de formas de acolhimento e inclusão de usuários, de forma a otimizar os serviços de saúde, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema e comprometimento com o trabalho em equipe, aumentando a corresponsabilidade e a rede de apoio profissional, além das suas diretrizes gerais, que são o acolhimento, a clínica ampliada, a cogestão, a produção de redes, e a valorização do trabalho e do trabalhador em saúde[9]. A proposta de trabalho, com base nessas diretrizes implica em diversas transformações, sendo elas políticas, administrativas e subjetivas, sendo necessária a modificação do modo de ver o usuário[10]. Implica também, na mudança da cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho[9-10]. É visto que o usuário, ao se sentir em um ambiente confortável, confiará na equipe que lhe atende, permitindo a criação de vínculo. Mas, para isso é necessário que ambos tenham, mantenham e saibam se relacionar. Contudo, esse modelo de trabalho exige dos profissionais capacidades e vontade de mudar, pois as mudanças devem começar considerando o usuário como um ser humano, multidimensional, que faz parte de uma sociedade impregnada de crenças e valores, sem que esse seja julgado por quem quer que seja dentro do serviço, ou seja, que este usuário seja visto como pessoa independente de suas crenças, valores, estilo de vida, religião e demais fatores alternantes, mas que esses sejam considerados nas tomadas de decisões.

**A Política Nacional de Humanização como um desafio no modo de trabalho da Atenção Primária**

Ainda não é comum encontrar unidades de saúde com Estratégia de Saúde da Família que pratiquem a humanização, dificultando a criação e manutenção do vínculo com a comunidade adstrita, o que impede que o trabalho seja feito de forma integral, com equidade e universal, fortalecendo ainda mais o modelo biomédico. O trabalho na maioria das unidades básicas de saúde, é voltado para o fazer técnico, isolado, sem relações entre as partes, fragmentado, mecânico, auto-suficiente por si mesmo, contradizendo a própria concepção do trabalho em saúde[13]. É evidente que o trabalho coletivo ainda costuma ser organizado de forma taylorista[14], fragmentando-se na realização de tarefas, determinando assim, a padronização das ações de forma hierarquizada, excluindo a autonomia e alienando o profissional. Assim, essa organização interfere na prática da humanização em saúde, a forma de ver o usuário como um ser humano, multidimensional, ou seja, de forma integral e humana, pois esse processo de trabalho reafirma o modelo biomédico. As mudanças no

processo de organização do trabalho são fundamentais, mas ainda são muito tênues, sendo verificada a dificuldade em superar a fragmentação do trabalho e construir uma prática interdisciplinar[15]. A fragmentação e a insistência da verticalização dos processos de trabalho acabam ruindo as relações entre a equipe de Estratégia de Saúde da Família e os usuários, fragilizando o trabalho em equipe e o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção[9]. Para a modificação do sistema de atendimento, focando na humanização e integralidade, o trabalho dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família deve impulsionar mudanças na produção do cuidado em saúde, visando ações que efetivem os princípios do Sistema Único de Saúde e assegurem a integralidade no cuidado e a humanização dos usuários[2]. Mudanças nas práticas cotidianas, que consideram os usuários como sujeitos do processo de cuidado, inclusive das escolhas terapêuticas, são fundamentais para a efetivação da Política Nacional de Humanização[16]. Para isso, é necessário que os profissionais que coordenam as unidades de saúde e as equipes de Estratégia de Saúde da Família, os quais majoritariamente percebidos são os enfermeiros, estejam preparados para executar mudanças e para sensibilizar a equipe de saúde que trabalha consigo. Nesse ponto, as relações interpessoais podem estar favorecendo o gestor da unidade para que consiga sensibilizar a sua equipe de saúde, para que ela atente aos detalhes da comunicação, principalmente. Existem diversos estudos que identificaram obstáculos para a implantação da humanização na atenção primária. Entre os obstáculos destacam-se: despreparo do profissional para o atendimento aos usuários e gerenciamento da UBS, bem como a falta de recursos, tanto humanos como de materiais, ou seja, falta profissionais para atender a população, o que sobrecarrega aqueles que se encontram no sistema e também, faltam materiais de atendimento, como seringas, agulhas, algodão e demais materiais necessários à promoção do cuidado. O enfermeiro, como detentor de ações gerenciais, torna-se referência para a equipe de saúde, da sua forma de estar e ser no trabalho, imprimindo marcas e criando modelos nos ambientes cuidados. Mas, em algumas instâncias dos processos gerenciais, os profissionais encontram-se empobrecidos no que se refere à escuta, a atenção direcionada e a criação de espaços para a participação dos enfermeiros que gerenciam o cuidado, deixando-os com pouco apoio, pouco reconhecimento e assim, fragilizados, afirmando-os a reproduzir as inadequações existentes no sistema[7]. A escuta do enfermeiro com os diferente sujeitos que participam do processo gerencial é a porta de entrada para a satisfação das necessidades dos indivíduos, sendo importante para a consolidação do acolhimento[7]. Dessa forma, o gerenciamento é uma habilidade necessária a esse profissional. Ressalta-se que não é o fato deste ter sua atenção dividida entre diferentes indivíduos que caracteriza a falta de acolhimento ou de humanização, mas a maneira como essa divisão é feita. Percebe-se um grande número de profissionais que ainda não estão preparados para esse tipo de assistência, pois o foco da sua formação foi biomédico[10]. Contudo, perde-se a oportunidade de tornar o serviço mais resolutivo e a garantia de um atendimento humanizado. A acessibilidade dos usuários às unidades básicas de saúde, o acolhimento, o vínculo e a

humanização na produção do cuidado são fontes do fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família[2]. Mas o que se observa em alguns estudos são filas para a marcação de consultas ou utilização de serviços na rede básica e o tempo de espera que os usuários suportam para conseguirem ser atendidos[10,17-18] Isso gera um sofrimento desnecessário, comprometendo assim, a qualidade da atenção, que resulta da ausência da humanização. Além disso, o ambiente inadequado, recursos humanos e materiais insuficientes interferem na motivação dos profissionais para a atuação baseada na humanização. A padronização do atendimento, presente no cotidiano das práticas de saúde, pode levar a rigidez e impessoalidade das relações[10], Por outro lado, a fragilidade da infraestrutura e diferentes limitações associadas à organização da unidade ou sistema de saúde local não proporcionam base para a humanização do trabalho e da atenção à saúde[15]. Grande demanda em determinados horários e a procura desnecessária do serviço geram falta de tempo para se relacionar e escutar o usuário, constituindo fatores interferentes para a prática humanizada[11]. Fica evidente que diversos são os interferentes para a prática da humanização, pois ela não se resume apenas em 'tratar bem' o usuário, mas em ter uma ambiência adequada, ter privacidade no atendimento, ter profissionais e materiais de acordo com a demanda, demanda maior que a capacidade de atendimento da unidade, entre outros. Essas dificuldades geram profissionais sobrecarregados e impessoais, refletindo diretamente no atendimento ao usuário. Para a efetivação do trabalho em saúde é necessário um ambiente físico preparado para ser um espaço de relações, pois o atendimento representa a aproximação de pessoas com a finalidade de solucionarem algum problema, necessitando assim, de condições mínimas de privacidade e conforto[11].A insatisfação dos usuários foi percebida principalmente à respeito do relacionamento com os profissionais de saúde. Assim, evidencia-se a importância das práticas humanizadas, pois essa é percebida e sentida pelos usuários[10]. Além disso, os profissionais envolvidos devem ter desmistificados os conceitos envolvidos no seu trabalho, como o da humanização, "evitando a sobrecarga, assumindo a participação nas decisões organizacionais e definindo claramente seus papéis como cuidadores, com comunicação clara e sem superenvolvimento que ameace a sua integridade pessoal"[14]. Conforme a Política Nacional de Humanização, o sucesso e a viabilidade do Sistema Único de Saúde dependem de uma rede de produção em saúde com a capacidade de resolver os problemas[5]. Para isso, a Política Nacional de Humanização vem para consolidar quatro marcas específicas: redução das filas e tempo de espera; conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e garantia de gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores[10]. Então, é necessário que as equipes de Estratégia de Saúde da Família tenham e assumam a percepção do novo modelo assistencial, caso contrário, a prática centrada na consulta médica e na abordagem da doença não será transformada[18]. Assim, a Humanização deve ser tomada com estratégia de interferência no processo de produção de

saúde, considerando os sujeitos sociais, os quais, quando mobilizados são capazes de transformar realidades e a si próprios no processo[9].

**CONCLUSÃO**

A reflexão sobre as relações interpessoais no contexto da humanização na atenção primária evidencia a relação estreita que estas possuem, pois a relação interpessoal pode ou não fazer o profissional sentir o outro, entender o outro como único, manter uma comunicação e criar e manter o vínculo, desejado pelas propostas da Estratégia de Saúde da Família. Considerar os usuários como seres multidimensionais, inseridos num contexto social e histórico é fundamental para que a humanização se torne prática das relações entre esses e os profissionais, visto que a comunicação, embebida de ações e reações não verbais e subjetivas deve ser sentida e interpretada por ambas às partes. É possível perceber que muitas vezes as situações em que os profissionais se encontram não lhe dão suporte físico e emocional para acolher de forma ideal o usuário, mas a relação entre esses pode ser ao mínimo, empática. Fazer saúde no nível da atenção primária requer muito esforço e dedicação, com uma mudança de comportamento diário, para que a população adstrita seja a mais bem atendida possível.

**ÁREA TEMÁTICA:** Trabalho.

**REFERÊNCIAS:**

1. OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T.; CATOIA, E.A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 11, n. 4, p. 820-829, 2009. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm.

2. NERY, A.A.; CARVALHO, C.G.R.; SANTOS, F.P.A. *ET AL*. Saúde da Família: Uma visão dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 397 -402, jul/set, 2011.

3. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de Enfermagem**. 3. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

4. SILVEIRA, M.F.A.; FELIX, L.G.; ARAUJO, D.V. *ET AL*. **Acolhimento no Programa Saúde da Família: Um caminho para humanização da atenção à saúde.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Formiga, 2010. 27f.Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família).

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

6. GUEDES, C.R.; PITOMBO, L.B.; BARROS, M.E.B. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 1087-1109, 2009.

7. ROSSI, F.R.; LIMA, M.A.D.L. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 3, p. 305-310, mai/jun, 2005.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da saúde; 2004.

10. SIMÕES, A.L.A.; RODRIGUES, F.R.; TAVARES, D.M. S. *ET AL*. Humanização na saúde: Enfoque na Atenção Primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, Jul-Set, 2007.

11. MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M.; FORTUNA, C.M. *et. al* Communication as a tool for the welcoming reception in health units.. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo. **Proceedings online**. Escola de Enfermagem de Riberão Preto – USP

12. JUNGES, J.R. et al. The moral vision of professionals at a primary healthcare unit and humanization. **Interface - Comunic., Saude, Educ**., v.15, n.38, p.755-62, jul./set. 2011.

13. MATUMOTO. S.; MIISHIMA, S.M.; PINTO, I.C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, jan/fev, 2001.

14. 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, p.303-14, out./dez. 2009.

15. TRAD, L.A.B.; ROCHA, A.A.R.M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.1969-1980, 2011.

16. MITRE, S.M.; ANDRADE, A.I.G.; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p 2071-2085, 2012.

17. PIMENTEL, A.F.; BARBOSA, R.M.; CHAGAS, M. Music therapy in the waiting room in a primary healthcare unit: care, autonomy and protagonism. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.741-54, jul./set. 2011.

18. SILVA, J.M.; CADEIRA, A.P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 6, p. 1187-1193, jun, 2010.

# CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E LABORAIS DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO*

# SOCIO-DEMOGRAFHIC AND EMPLOYMENT CHARACTERISTICS OF HOSPITAL SERVICE WORKERS CLEANING A UNIVERSITY HOSPITAL

# CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE EMPLEO DE LOS TRABAJADORES DE SERVICIO LIMPIEZA DE UN HOSPITAL DE LA UNIVERSIDAD

CERON, Marinez Diniz da Silva[1]
MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza [2]
BELTRAME, Marlize Tatsch[3]
DA LUZ, Emanuelle Ferreira Mancio[4]
MARCONATO, Cíntia[5]
PEDRO, Cecília Mariane Pinheiro[6]
BOTTINO, Larissa Diniz[7]
OLIVEIRA, Adriano[8]

**RESUMO: INTRODUÇÃO:** Mundialmente, dentre os variados campos de atuação profissional investigados, destaca-se o ambiente hospitalar, cenário de ação laboral de diversas profissões. Pode-se classificar esses trabalhadores em dois grandes blocos de atuação: os profissionais da área da saúde e os profissionais que dão suporte e apoio para o funcionamento da instituição hospitalar como é o caso do serviço hospitalar de limpeza. **OBJETIVO:** Este estudo teve por objetivo identificar o perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa, envolvendo 157 trabalhadores. Utilizou-se um formulário para caracterização sociodemográfica e laboral. A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e junho de 2013, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. Os dados foram organizados no programa Epi-Info, versão 6.4, com dupla digitação independente. A análise foi realizada no PASWStatistics® (PredictiveAnalytics Software, Chicago - USA) versão 18.0 for Windows. Para as variáveis categóricas foram calculadas as frequências absolutas (N) e as relativas (%) e para as quantitativas (média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo). **RESULTADOS**: A população estudada é predominantemente feminina (87,9%), possuem ensino médio completo (38,9%), porém cabe ressaltar o percentual de 27,4% de trabalhadores com ensino fundamental incompleto. A idade média dos trabalhadores foi de 39,9 anos (DP=9,8), com renda a média de

R$1823,32 (DP=975,70), tendo o máximo de até 7 dependentes e 2 filhos menores de 6 anos. O tempo de trabalho variou de 1 até 264 meses, sendo que o tempo de trabalho na função foi de um mês até 22 anos. **CONCLUSÕES**: Espera-se que o estudo contribua para a construção do conhecimento na área de saúde, saúde do trabalhador, enfermagem e para ações de promoção à saúde dos trabalhadores de Serviço Hospitalar de Limpeza.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Saúde do trabalhador; Risco Ocupacional; Hospital.

**ABSTRACT: INTRODUCTION:** Worldwide, among the various fields of professional activity investigated, the hospital environment, labour action scenario of various professions. You can sort these workers in two large blocks of activity: health care workers and professionals that support and support for the operation of the hospital as the hospital service. **OBJECTIVE:** This study aimed to identify the demographic and labour market profile of Hospital Service workers cleaning a university hospital. **METHOD:** This is a descriptive cross-sectional study of quantitative approach, involving 157 workers. A form for demographic and employment characteristics. Data collection occurred between the months of March and June 2013, after the approval of the Committee of ethics in research at the Federal University of Santa Maria. The data were organized in Epi Info, version 6.4, with dual independent typing. The analysis was performed at PASWStatistics ® (Software Predictive Analytics, Chicago-USA) 18.0 for Windows version. For categorical variables were calculated the absolute frequencies (N) and relative (%) and quantitative (average, median, standard deviation, minimum, maximum). **RESULTS**: The study population is predominantly female, with 87.9% 38.9% have representatives, complete high school, but it is important to stress the significant percentage of workers with incomplete elementary school, 27.4%. The workers ' average age was 39.9 years (SD = 9.8), with average income of R$1823,32 (DP = 975.70), having a maximum of up to 7 and 2 dependent children under the age of 6 years. Working time ranged from 1 to 264 months, being that working time in function it was a month to 22 years. **CONCLUSIONS**: it is expected that the study will contribute to the construction of knowledge in the area of health, occupational health, nursing and health promotion actions of Hospital cleaning Service workers.

**DESCRIPTOR:** Nursing; Workers ' health; Occupational risk; Hospital.

**RESUMEN: INTRODUCCIÓN:** Actividad en el mundo, entre los distintos campos del profesional investigado, el entorno hospitalario, escenario de la acción laboral de diversas profesiones. Puede ordenar estos trabajadores en dos grandes bloques de actividad: trabajadores de salud y profesionales que apoyan y apoyan para la operación del hospital como el servicio del hospital. **OBJETIVO:** Este estudio pretende identificar el perfil demográfico y laboral de los trabajadores del Hospital servicio limpieza de un hospital universitario. **MÉTODO:** Este es un estudio descriptivo transversal del enfoque

cuantitativo, que implicó a 157 trabajadores. Una forma para demográficas y las características del empleo. Recolección de datos se produjo entre los meses de marzo y junio de 2013, después de la aprobación del Comité de ética en investigación en la Universidad Federal de Santa María. Los datos se organizaron en EpiInfo, versión 6.4, con doble escritura independiente. El análisis se realizó en PASW Statistics ® (Predictive Analytics de Software, Chicago-EEUU) 18.0 para la versión de Windows. Para las variables categóricas se calcularon las frecuencias absolutas (N) y relativa (%) y cuantitativo (promedio, mediana, desviación estándar, mínimo, máximo). **RESULTADOS**: la población de estudio es predominantemente femenina, con 87,9% 38.9% tienen representantes, completar la escuela secundaria, pero es importante destacar el significativo porcentaje de los trabajadores con primaria incompleta, 27,4%. Edad promedio de los trabajadores fue de 39,9 años (SD = 9.8), con un ingreso promedio de R$ 1823,32 (DP = 975.70), con un máximo de hasta 7 y 2 hijos dependientes menores de 6 años. Tiempo de trabajo osciló entre un par de días, siendo que el tiempo de trabajo en la función fue un mes a 22 años. **CONCLUSIONES**: se espera que el estudio contribuirá a la construcción del conocimiento en el área de salud, salud ocupacional, enfermería y salud acciones de promoción de los trabajadores del servicio de limpieza hospitalaria.

**DESCRIPTORES:** Enfermería; Salud de los trabajadores; Riesgos laborales; Hospital.

## INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho modificou-se nas últimas décadas e têm refletido na saúde dos trabalhadores de forma significativa[1]. Nessa vertente, a saúde do trabalhador estuda as relações existentes entre o trabalho e a saúde, promovendo ações de vigilância aos riscos ocupacionais[2]. Mundialmente, dentre os variados campos de atuações profissionais investigados, destaca-se o ambiente hospitalar, cenário de ação laboral de diversas profissões. Pode-se classificar esses trabalhadores em dois grandes blocos de atuação: os profissionais da área da saúde e os profissionais que dão suporte e apoio para o funcionamento da instituição hospitalar. Com a globalização dos modelos administrativos e gerenciais surgiu, no sistema de administração pública, a terceirização dos serviços, como é o caso do Serviço Hospitalar de Limpeza (SHL)[3]. A proposição desta pesquisa representa o interesse despertado pelo tema no decorrer da atuação profissional dos pesquisadores. Também por considerar que nas instituições hospitalares a função de gerenciamento direto ou indireto dos trabalhadores do SHL é exercida, quase sempre pelo profissional enfermeiro. No recorte desta pesquisa, assinala-se como objeto de estudo as características sociodemográficas e laborais dos trabalhadores do SHL.

**OBJETIVO**: Identificar o perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza de um hospital universitário.

**MÉTODO**: Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo transversal, de abordagem quantitativa[4]. Este estudo faz parte do projeto matricial intitulado "Avaliação das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza". Está inserido no Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, na Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), **(CAAE:3106313.1.0000.5346).** Para a realização dessa pesquisa foram incluídos os profissionais do SHL terceirizados atuantes no período estipulado para a coleta de dados, totalizando 157 trabalhadores. Foram excluídos os trabalhadores que, durante o período de coleta de dados estavam em licença ou afastados do trabalho por qualquer motivo. Foram observadas as Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos **(**Resolução Nº466, de 12/12/2012)[5]. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma ficou de posse do sujeito da pesquisa e a outra de posse dos pesquisadores. O local da coleta de dados foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) que é um hospital-escola, considerado de grande porte, localizado na Região Centro-Oeste do Estado do Rio Grande do Sul. Atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e é referência em saúde para esta região do estado. Para o atendimento da população o hospital dispõe de 291 leitos da Unidade de Internação, 37 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo, além das 53 salas de ambulatório, 03 salas para atendimento de emergência, 06 salas do Centro Cirúrgico e 02 salas do Centro Obstétrico6. A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e junho de 2013. Utilizou-se um formulário, que foi preenchido pelos pesquisadores e assistentes de pesquisa previamente treinados, durante o horário de trabalho dos pesquisados, com convite prévio e consentimento dos mesmos. Análise das variáveis sociodemográficas contemplou; idade em anos completos e categorizada em faixas etárias; sexo (feminino e masculino); escolaridade (em anos de estudo); renda (em salários mínimos); número de filhos. Para as variáveis laborais buscou-se; unidade na qual desempenha suas atividades (nome da unidade); turno de trabalho (manhã, tarde e noite); outro emprego (sim ou não); horas extras (número de horas extras trabalhadas na semana); carga horária semanal (número de horas trabalhadas no hospital pesquisado); carga horária semanal no outro emprego (número de horas trabalhadas no outro emprego); carga horária semanal total (soma das cargas horárias e das horas extras realizadas); tempo de atuação nessa atividade (número de dias, meses ou anos). Os dados foram organizados no programa Epi-info®, versão 6.4, com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados foi realizada no programa PASW Statistics® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) versão 18.0 for Windows[7]. Foi realizada a análise descritiva das características sociodemográficas e laborais dos trabalhadores. Para as variáveis categóricas foram calculadas as frequências absolutas (N) e as relativas (%) e para as quantitativas médias, desvio padrão, mediana, mínimo, máximo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Participaram do estudo 157 trabalhadores do SHL do HUSM. Na Tabela 1, estão representadas as variáveis segundo as características sociodemográficas dos trabalhadores.

**Tabela 1 -** Distribuição dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza do Hospital Universitário de Santa Maria, segundo variáveis sociodemográficos. Santa Maria, RS, Mar/Jun de 2013. (N=157)

| **Variáveis sociodemográficas** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| **Sexo** | | |
| Masculino | 19 | 12,1 |
| Feminino | 138 | 87,9 |
| **Idade** | | |
| 19 a 34 anos | 51 | 32,5 |
| 35 a 44 anos | 50 | 31,8 |
| 45 a 60 anos | 56 | 35,7 |
| **Raça** | | |
| Branca | 100 | 63,7 |
| Preta/Parda | 54 | 34,4 |
| Amarela/Indígena | 3 | 1,2 |
| **Situação Conjugal** | | |
| Casado(a)/companheiro(a) | 101 | 64,3 |
| Solteirto(a)/sem companheiro(a) | 33 | 21,0 |
| Viúvo(a)/separado(a)/divorciado(a) | 23 | 14,6 |
| **Escolaridade** | | |
| Ensino fundamental incompleto | 43 | 27,4 |
| Ensino fundamental completo | 23 | 14,6 |
| Ensino médio incompleto | 25 | 15,9 |
| Ensino médio completo | 61 | 38,9 |
| Graduação incompleta | 4 | 2,5 |
| Graduação completa | 1 | 0,6 |
| **Nº de filhos** | | |
| Nenhum | 21 | 13,4 |
| Um filho | 44 | 28,0 |
| Dois filhos | 36 | 22,9 |
| Três filhos | 34 | 21,7 |

| | | |
|---|---|---|
| Mais de três filhos | 22 | 14,0 |

Constatou-se que a maior frequência dos pesquisados são do sexo feminino (87,9 %), com idade entre 32 a 44 anos (42,5%), de raça branca (62,7%), com ensino médio completo (38,9%). O maior percentual é casado ou com companheiro (64,3%) e com um filho (28%). A idade média dos trabalhadores foi de 39,9 anos (DP=9,8), com renda a média de R$1823,32 (DP=975,70), tendo o máximo de até 7 dependentes e 2 filhos menores de 6 anos. Um estudo feito no estado do Paraná em 2008 evidenciou achados semelhantes8, a população feminina representou 96,9%, a renda familiar foi de até três salários mínimos e 47,9% dos trabalhadores tinham ensino médio completo. A representação feminina nesse estudo também foi significativa, visto que atividades como varrer e limpar são consideradas culturalmente ações femininas. Na Tabela 2 serão representadas as variáveis segundo aspectos laborais.

**Tabela 2**. Distribuição dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de limpeza, segundo variáveis laborais. Santa Maria, RS. Mar/Jun. de 2013. ( N=157)

| **Variáveis Laborais** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| Função | | |
| **Auxiliar de Limpeza de Materiais** | 54 | 34,4 |
| **Servente de Limpeza** | 103 | 65,6 |
| Local de Trabalho | | |
| **Pronto socorro** | 17 | 10,8 |
| **Centro Obstétrico** | 6 | 3,8 |
| **Centro cirúrgico/Sala de Recuperação/Centro de Materiais** | 7 | 4,5 |
| **Nutrição/Lavanderia/Patologia/Almoxarifado/Farmácia/ Desinfecção/manutenção** | 24 | 15,3 |
| **Térreo/áreas Administrativas/Laboratório/Ambulatórios /Hemodinâmica** | 31 | 14,6 |
| **RX/Tomogtrafia/Radioterapia** | 3 | 1,9 |
| **Unidade Ginecológica** | 9 | 5,7 |
| **Unidade Cirúrgica** | 11 | 7,0 |
| **Clínica Médica I/Nefrologia** | 14 | 8,9 |
| **Clínica Médica II/Pneumologia** | 7 | 4,5 |
| **Unidade Pediátrica** | 9 | 5,7 |
| **UTIs Adulto/Pediátrica/RN** | 11 | 7,0 |
| **CTMO/CTCRIAC/Ambulatórios de Químio** | 6 | 3,8 |
| **Unidade Psiquiátrica** | 2 | 1,3 |
| Turno de Trabalho | | |
| **Diurno** | 127 | 80,9 |
| **Noturno** | 30 | 19,1 |
| Já trabalhou em outro setor | | |
| **Sim** | 99 | 63,1 |

| | | |
|---|---|---|
| **Não** | 58 | 36,9 |
| Número de pessoas na escala de trabalho | | |
| **Suficiente** | 114 | 72,6 |
| **Insuficiente** | 40 | 25,5 |
| **Não respondeu** | 3 | 1,9 |
| Possui outro emprego | | |
| **Não** | 139 | 88,5 |
| **Sim** | 18 | 11,5 |
| Carga horária semanal no outro emprego(N=18) | | |
| **De 3 a 9 horas** | 12 | 66,7 |
| **De 16 a 36 horas** | 7 | 33,3 |
| Faz horas extras | | |
| **Não** | 106 | 67,5 |
| **Sim** | 51 | 32,5 |
| Recebe Treinamentos | | |
| **Não** | 21 | 13,4 |
| **Às vezes** | 23 | 14,6 |
| **Sim** | 113 | 72,0 |

O tempo de trabalho variou de um mês até 22 anos, sendo que o tempo de trabalho na função foi de um mês até 22 anos. Ao ser avaliada a função dos trabalhadores, 103(65,5%) exercem a função de Servente de Limpeza e 54(34,4%) são Auxiliares de Limpeza de Materiais, 137(80,9%) desempenham suas funções durante o dia com jornadas de 6 a 12 horas e 30(19,1%) trabalhadores fazem jornadas de 12 horas durante a noite, com regime de 44 horas semanais. Ademais, esses trabalhadores desempenham atividades que demandam esforço físico, além de possuírem uma precoce inserção no mercado de trabalho[9]. Em relação ao local de trabalho predominou os trabalhadores alocados nas áreas administrativas, ambulatórios, laboratórios e hemodinâmica 31(14,6%). Ao serem questionados se já haviam atuado em outros setores do hospital, 99(63,%) afirmaram que sim. Quanto ao número de pessoas em sua escala de trabalho, 114(72,6%) assinalaram ser suficiente. Dos participantes, 18(11,5%) possuem outro emprego com carga horária semanal de 3 a 36 horas, tendo vínculo com outro trabalho entre 1 e 20 anos, 51 (32,5%) afirmam fazer entre 3 e 36 horas extras mensais e 113(72%) declararam receber treinamentos. Neste sentido, o trabalhador do SHL é um profissional que, em sua maioria, insere-se no ambiente hospitalar de maneira terceirizada, possui escolaridade e salário baixos, está constantemente exposto a riscos ocupacionais e podem apresentar vários problemas de saúde relacionados ao trabalho como: estresse, doenças osteomusculares, entre outros[10]. Nesse sentido, entende-se que os baixos salários recebidos por esse grupo de trabalhadores, colaboram para que os mesmos mantenham outro vínculo empregatício ou realizem horas extras com a finalidade de complementação da renda mensal.

**CONCLUSÕES**

O estudo descreveu as características sociodemográficas de um grupo de trabalhadores que realiza atividades de limpeza hospitalar. A partir dos dados levantados, acredita-se que os resultados da pesquisa poderão contribuir no sentido de evidenciar elementos que possam ser acrescidos nas ações educativas implementadas com este grupo de trabalhadores, bem como, contribuir para novas investigações. Os resultados evidenciaram que a população investigada é essencialmente feminina, sendo assim o estudo poderá servir de subsídios para a implantação de programas preventivos. Espera-se que o estudo contribua para a construção do conhecimento na área de saúde, saúde do trabalhador, enfermagem e para implementação de medidas de promoção à saúde dos trabalhadores, em especial às do gênero feminino, contribuindo para melhorar a saúde e as condições de trabalho dos trabalhadores do SHL.

**ÁREA TEMÁTICA:** Trabalho

**REFERÊNCIAS:**

1. Magnago, T S B S. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. 2008. 201f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio do Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

2. Brasil. Ministério da Previdência Social**.** Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2004. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. Acesso em: 09 out. 2010.

3. Félix D. Fatores determinantes na aquisição de serviços estratégicos por meio de terceiros: higiene e limpeza em ambientes com risco de contaminação. Dissertação de Mestrado. Universidade FUMEC. Bahia, 2008. 107p.

4. Medronho R A et al. Epidemiologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.Andrade C B, Monteiro M I Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2007, 41(2), 237-244.

5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução N° 466/2012, de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

6. HUSM. Relatório de estatística do Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria: HUSM, 2013. [Semestral].

7. Field A. Descobrindo a Estatística usando o SPSS. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 688p.

8. Silva L G et al. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público1. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(1):158-63. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a19.htm.

9. Andrade C B, Monteiro M I. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2007, 41(2): 237-244.

10. Sznelward et al, Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. Revista Produção. 2004, 3: 045-057. Acesso em http://www.nescon.medicina.UFmg.br/biblioteca/imagem/0374.pdf.

# TENDÊNCIAS DAS PRODUÇÕES NACIONAIS ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES DE LIMPEZA.

# TRENDES IN NATIONAL PRODUCTIONS ABOUT THE QUALITY OF LIFE FOR WORKER CLEANING

# TENDENCIAS EN LAS PRODUCCIONES NACIONALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS TRABAJADORES DE LA LIMPIEZA1

BOTTINO, Larissa Diniz[3]
CERON, Marinez Diniz da Silva[4]
BARATTO, Mari Angela Meneghetti[5]
MARCHEZAN, Antônio Carlos Junior[6]
BELTRAME, Marlize Tatsch[7]
MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza[8]

1 Este trabalho integra o projeto Matricial "Avaliação das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza", que obteve fomento PROICHUSM e PIBIC/UFSM/CNPq – Bolsa de Iniciação Científica.
2 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da UFSM (PPGEnf/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. Email: emanuelli_ferreira@hotmail.com
3 Acadêmica do 1º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica PROICHUSM/UFSM. Email: larissadiniz.b@hotmail.com
4 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da UFSM (PPGEnf/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. Email: marinezdceron@hotmail.com
5 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da UFSM (PPGEnf/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem.Santa Maria, RS,Brasil. Email: mariangelabaratto@yahoo.com.br
6 Relator. Enfermeiro na Irmandade da Santa Casa de Caridade de Alegrete. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil Email: antonio_marqzan@yahoo.com.br
7 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM (PPGEnf/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. Email:m-beltrame@bol.com.br
8 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. Email: tmaganago@terra.com.br

**RESUMO: INTRODUÇÃO:** Os trabalhadores de limpeza incluem todos aqueles que realizam os procedimentos de limpeza e higienização, dos diversos setores (ruas, empresas,

instituições e hospitais), bem como os coletores de materiais recicláveis. Assim, independente do local de atuação, os trabalhadores de limpeza também sofrem os reflexos das mudanças no mundo do trabalho. Torna-se preocupante que esses trabalhadores possuem altos índices de absenteísmo, adoecimentos e envelhecimento precoce, fatores que podem comprometer a Qualidade de vida desses trabalhadores. **OBJETIVO:** Identificar as produções brasileiras, com base nas dissertações e teses defendidas nos programas de pós-graduação *stricto sensu*, relacionadas à temática qualidade de vida dos trabalhadores do serviço de limpeza. **MÉTODO:** Revisão narrativa da literatura acerca da qualidade de vida dos trabalhadores do serviço de limpeza, realizada no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), no mês de junho de 2013. Utilizaram-se as palavras "Qualidade de vida", "Trabalhador" e "Limpeza" no item referente a assunto, sendo que não foi feito recorte temporal ou recorte por área específica. Os critérios de inclusão foram: todas as dissertações e teses disponíveis gratuitamente no portalCAPES, que abordassem a temática proposta no estudo. Foram excluídos os estudos que não abordaram a temática a ser investigada e resumos incompletos no portal CAPES. Assim, o *corpus* do estudo contou com 12 produções. A análise dos dados foi realizada através de um quadro sinóptico contendo as principais informações dos estudos. **RESULTADOS**: Evidencia-se o predomínio de dissertações de mestrado (91,7%), produzidos em instituições públicas (58,3%), realizados nos anos de 2006, 2011 e 2012 (16,7% cada). A abordagem qualitativa foi utilizada em 75% dos estudos, os quais abordaram como sujeitos os trabalhadores do serviço de limpeza e higienização tanto hospitalares, como de empresas e de ruas (50%). Houve o predomínio da Administração como área de conhecimento dos estudos (41,7%) e a Região Sudeste Brasileira como a região de realização dos estudos (50%). **CONCLUSÕES**: Espera-se que esse estudo auxilie na elaboração de ações eficazes na gestão organizacional que favoreçam melhorias na qualidade de vida no trabalho, na saúde do trabalhador, na produtividade e no desempenho desse trabalhador, visto a possibilidade de perda da capacidade para o trabalho e os afastamentos por doenças.

**DESCRITORES:** Qualidade de vida; Serviço Hospitalar de Limpeza; Saúde do Trabalhador.

**ABSTRACT:** Cleaning workers include those who perform the procedures for cleaning and sanitizing of the various sectors (roads, businesses, institutions and hospitals) as well as collectors of recyclable materials. Thus, regardless of the place of performance, cleaning workers also suffer the consequences of changes in the working world. It is a concern that these workers have high rates of absenteeism, illnesses and premature aging, factors that compromise the quality of life. **OBJECTIVE:** To identify the Brazilian productions based on dissertations and theses in the programs of post-graduate studies related to the thematic quality of life of workers cleaning service. **METHOD:** Review of the literature on the

quality of life of workers cleaning service, held at the Bank of Theses and Dissertations of the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), in June 2013. We used the words "Quality of Life", "worker" and "Cleaning" in item relating to subject matter, and was not done by time frame or crop specific area. Inclusion criteria were: all dissertations and theses available free at CAPES portal, that dealt with the theme proposed in the study. We excluded studies that did not address the issue to be investigated and incomplete summaries in CAPES portal. Thus, the corpus of the study included 12 productions. Data analysis was performed using a summary table containing the main information of the studies. **RESULTS:** This confirms the predominance of dissertations (91.7%), produced in public institutions (58.3%), during the years 2006, 2011 and 2012 (16.7% each). A qualitative approach was used in 75% of studies, which have addressed such subjects, workers cleaning and sanitizing both hospitals, as businesses and streets (50%). There was a predominance of Directors as a knowledge area studies (41.7%) and Southeast Brazilian region as the studies (50%). **CONCLUSIONS:** It is hoped that this study assists in the development of effective organizational management actions that promote improvements in quality of life at work, worker health, productivity and performance of this work, as the possibility of loss of ability to work and removals by diseases.

**DESCRIPTOR:** Quality of life; Housekeeping, Hospital; Occupational Health.

**RESUMEN:** Los trabajadores de limpieza son los que realizan los procedimientos de limpieza y desinfección de los diferentes sectores (carreteras, empresas, instituciones y hospitales), así como los colectores de materiales reciclables. Por lo tanto, independientemente del lugar de ejecución, los trabajadores de limpieza también sufren las consecuencias de los cambios en el mundo laboral. Es una preocupación que estos trabajadores tienen altas tasas de ausentismo, enfermedades y el envejecimiento prematuro, factores que comprometen la calidad de vida. **OBJETIVO:** Identificar las producciones brasileñas basadas en disertaciones y tesis en los programas de estudios de postgrado relacionados con la temática de la calidad de vida de los trabajadores del servicio de limpieza. **MÉTODO:** Revisión de la literatura sobre la calidad de vida de los trabajadores de servicios de limpieza, que se celebró en el Banco de Tesis y Disertaciones de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (CAPES), en junio de 2013. Utilizamos la expresión "calidad de vida", "trabajador" y "Limpieza" en el punto relativo a la materia, y no se hizo nada por período de tiempo o área específica al cultivo. Los criterios de inclusión fueron: todas las disertaciones y tesis disponibles gratis en el portal CAPES, que trataban el tema propuesto en el estudio. Se excluyeron los estudios que no abordan el tema a ser investigado y resúmenes incompletos en portal CAPES. Por lo tanto, el corpus del estudio incluyó a 12 producciones. El análisis de datos se realizó mediante una tabla resumen que contiene la información principal de los estudios.

**RESULTADOS:** Se confirma el predominio de las tesis (91,7%), producido en las instituciones públicas (58,3%), durante los años 2006, 2011 y 2012 (16,7% cada una). Se utilizó um enfoque cualitativo en el 75% de los estudios, que se han ocupado de estos temas, los trabajadores de limpieza y desinfección de los dos hospitales, ya que las empresas y calles (50%). Hubo um predominio de Administración como los estudios del área de conocimiento (41,7%) y la región sudeste de Brasil como los estudios (50%). **CONCLUSIONES:** Se espera que este estúdio contribuye a la elaboración de medidas eficaces de gestión organizativa que promuevan mejoras em la calidad de vida en el trabajo, la salud del trabajador, la productividad y el desempeño de esta labor, ya que la posibilidad de pérdida de la capacidad para trabajar y la absorción por las enfermedades.

**DESCRIPTORES:** Calidad de vida; Servicio de Limpieza em Hospital; Salud Laboral

## INTRODUÇÃO

O trabalhador, independente da área ou setor em que atua, sofre, em sua saúde, as repercussões das mudanças estruturais e organizacionais advindas da globalização, devido a tentar acompanhá-las[1]. Essas mudanças ocorrem de forma desordenada e abrupta, proporcionam a competitividade, visam ao lucro e exigem produção em menor prazo possível, influenciando no estilo de vida das pessoas, podendo desencadear transtornos físicos e psicológicos, bem como comprometendo a qualidade de vida desses indivíduos[2]. Porém, não se pode exigir qualidade e produtividade de produtos e serviços, sem valorizar a importância de proporcionar qualidade de vida (QV) aos trabalhadores envolvidos[3]. Sabe-se que essa QV é buscada, incessantemente, pelos indivíduos que realizam diversas mudanças no seu cotidiano para ter uma vida melhor[4]. A primeira utilização da expressão QV ocorreu em 1964, pelo presidente norte-americano Lyndon Johnson, ao afirmar que os objetivos não podem ser medidos pelo balanço dos bancos, mas sim através da qualidade de vida que proporcionam aos indivíduos[5]. Nesse contexto, torna-se difícil defini-la, devido a sua conotação subjetiva, complexa e multidimensional. Em busca dessa definição, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera, genericamente, como o que o indivíduo percebe sobre sua posição na vida, no contexto cultural e nos sistemas de valores nos quais se encontra inserido e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Desse modo, tais fatores podem afetar a saúde do indivíduo, tanto física como mentalmente, interferindo em seu comportamento profissional e social. Assim, dois aspectos são relevantes: a subjetividade, que considera a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde; e a multidimensionalidade, que se refere ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões[6]. Por isso, evidencia-se que QV é mais que simplesmente ausência ou presença de saúde, engloba também educação, saneamento básico, acesso a serviços de saúde, satisfação e condições de trabalho, além de outros fatores[7]. A avaliação da QV é realizada, basicamente, pela administração de instrumentos ou questionários, os quais foram construídos baseados na percepção do indivíduo avaliado

sobre sua saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com aspectos do meio ambiente[8]. Para esse fim, a OMS elaborou os seguintes questionários: *World Health Organization Quality of Life-100* (WHOQOL-100), *World Health Organization Quality of Life-bref* (WHOQOL-bref) e SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*). Este último com maior aplicabilidade no contexto laboral, devido ser de fácil administração e compreensão[6], além de ter sido traduzido e validado para a língua portuguesa em 1999 [9] . Nesse contexto, torna-se importante abordarmos a QV dos trabalhadores do setor de limpeza, pois eles também e, cada vez mais, sofrem os reflexos das mudanças no mundo do trabalho[10].Torna-se preocupante o fato de que, nessa população, há altos índices de absenteísmo, adoecimentos e envelhecimento precoce, fatores que comprometem a QV[11].Os trabalhadores de limpeza incluem todos aqueles que realizam os procedimentos de limpeza e higienização, dos diversos setores (ruas, empresas, instituições e hospitais), bem como os coletores de materiais recicláveis [11].Em estudo anterior, foi evidenciado que os trabalhadores da limpeza possuem baixa escolaridade, baixos salários, problemas de saúde relacionados ao trabalho, exposição a riscos químicos, além de desenvolverem atividades que requerem esforço físico[12]. Embora pouco valorizada, a atuação desses trabalhadores garante a segurança para a execução do trabalho dos demais, pois eles removem sujeiras, detritos indesejáveis e microorganismos presentes no ambiente, fatores que diminuem os índices de infecções hospitalares e acidentes[10]. Diante do exposto, justifica-se a escolha por essa temática. Sob essa perspectiva, a **questão norteadora** deste estudo foi: O que tem sido produzido nos cursos de pós-graduação, acerca da qualidade de vida dos trabalhadores dos serviços de limpeza? O **OBJETIVO** deste estudo foi identificar as produções brasileiras, com base nas dissertações e teses defendidas nos programas de pós-graduação *stricto sensu*, relacionadas à temática qualidade de vida dos trabalhadores do serviço de limpeza.

**MÉTODO:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura acerca da qualidade de vida dos trabalhadores do serviço de limpeza. Indica-se esse tipo de revisão para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um certo tema, permitindo a atualização do conhecimento[13].A coleta de dados ocorreu no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), no mês de junho de 2013, e teve como fonte principal os resumos das dissertações e teses publicadas. No formulário de pesquisa da CAPES, utilizaram-se, separadamente, as palavras “Qualidade de vida”, “Trabalhador” e “Limpeza” no item referente a assunto. Para a busca, não foi feito recorte temporal ou recorte por área específica, pelo fato de que os estudos com essa temática envolvem várias áreas do conhecimento, não sendo restritos a Enfermagem. Com essa estratégia de busca foram encontradas 66 teses e dissertações. Inicialmente, foram selecionados todos os títulos pertinentes à temática escolhida e, em seguida, foi feita uma análise crítica dos resumos correlacionados com o tema proposto. Dessa forma, para o refinamento, estabeleceram-se como critérios de inclusão: todas as dissertações e teses

disponíveis gratuitamente no portal CAPES, que abordassem a temática proposta no estudo. Foram excluídos os estudos que não abordaram a temática a ser investigada e resumos incompletos no portal CAPES. Assim, o *corpus* do estudo contou com o total de 12 produções. Para a análise quantitativa dos dados, elaborou-se um quadro sinóptico contendo as seguintes informações: tipologia do estudo, título, ano de defesa, objetivos, região geográfica de realização do estudo, área do conhecimento, metodologia, cenário do estudo, sujeitos, instituição e principais resultados.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Como resultado da busca, após aplicarem-se os critérios de inclusão, o *corpus* da revisão foi composto por 12 produções. Dessas, 11 são dissertações de mestrado (D) e uma era tese de doutorado (T). Das dissertações, duas eram provenientes de mestrados profissionalizantes. Ao ser considerado o **período de defesa dos estudos**, evidenciam-se os anos de 2006, 2011 e 2012 com o maior número de produções (16,7% cada), seguidos por 1996, 2001, 2002, 2005, 2008 e 2009 (8,3% cada). Em relação aos **objetivos** dos estudos investigados, evidenciou-se: T1: Avaliar as condições trabalho e saúde dos catadores de materiais recicláveis; D1: Avaliar a qualidade de vida no trabalho (QVT) dos garis, a partir de uma retrospectiva de Taylor; D2: Compreender o significado do trabalho para agentes de limpeza e coletores de uma empresa terceirizada; D3: Avaliar a prevalência de desconforto físico e a QV dos funcionários de três diferentes setores (limpeza; secretaria; laboratórios) de uma instituição de ensino superior; D4: Analisar as variáveis representativas da QV em campus universitários; D5: Compreender a manifestação das categorias da QV de catadores de materiais recicláveis e identificar a percepção dos fatores da QV; D6: Levantar questões importantes acerca da formação acadêmica, do mercado de trabalho e QV de vários segmentos profissionais de Sete Lagoas; D7:Compreender o significado dado à QV no trabalho por gestores, funcionários e contratantes de serviços terceirizados; D8: Analisar os aspectos da QV e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital empresas de prestação de serviços de limpeza de resíduos sólidos, de Fortaleza; D10: Compreender a multiplicidade dos significados do trabalho, a partir dos coletores de lixo; D11: Diagnosticar a QVT, visando compreender as condições de riscos ambientais e sócio-culturais. No tocante à **metodologia** utilizada nos estudos, houve o predomínio da abordagem qualitativa (75%). Dos 25% que utilizaram a abordagem quantitativa, o delineamento escolhido foi o transversal. Nessa perspectiva do maior percentual dos estudos utilizarem a abordagem qualitativa, destaca-se que o tema qualidade de vida tem sido abordado dentro de uma visão ampliada, que considera os aspectos subjetivos do indivíduo, com sua especificidade e singularidade. No que tange aos **cursos pósgraduação**, 58,3% dos estudos foram produzidos em instituições públicas (estaduais e federais) e 41,7% em instituições privadas. No que se refere aos **sujeitos estudados,** 50% são compostos pelos trabalhadores do serviço de limpeza e higienização, tanto hospitalares, como de empresas e de ruas. Os coletores de materiais recicláveis foram abordados em

33,3% dos estudos e os demais segmentos profissionais (médicos, professores, carteiros, etc) de diversas áreas (universidades, empresas) foram abordados por 16,7% do total dos estudos. Assim, no ambiente hospitalar, há a atuação de profissões ligadas aos cuidados à saúde e outros que garantem a existência do serviço através do provimento de insumos necessários à produção. Há ainda, uma outra categoria, os trabalhadores do setor de higiene e limpeza, que, cada vez mais, sofrem os reflexos das mudanças no mundo do trabalho[10]. No que se refere a esses trabalhadores, destaca-se a importância laboral, pois constituem a primeira barreira para prevenção de infecção hospitalar, pois quando as técnicas de limpeza hospitalar são bem empregadas, proporcionarão não apenas conforto ao paciente, acompanhante e equipe de trabalho, como também se constituirão em uma ferramenta eficaz e importante às barreiras de controle de crescimento de micro-organismos auxiliando na segurança do paciente[14]. Há trabalhos que possuem como característica a exigência de esforço muscular, como no caso de trabalhadores de higiene e limpeza, pois realizam levantamento e transporte de peso, esforços repetitivos e repentinos, têm posturas de trabalho inadequadas, inclinação simultânea, sobrecarga postural e do sistema músculo-esquelético, riscos de acidente de trabalho e exposição a produtos químicos [12]. Além disso, embora os mesmos não realizem o cuidado direto aos pacientes, como os profissionais de saúde, eles também convivem com o sofrimento, a doença e a morte, sendo situações capazes de interferir na qualidade de vida dos mesmos. Como consequências desses fatores, destaca-se os afastamentos dos trabalhadores tanto por problemas físicos quanto decorrentes de sofrimento psíquico[15]. Ao analisarmos a **área de conhecimento** em que os estudos foram produzidos, evidencia-se o predomínio de Administração, com 41,7% dos estudos, seguido por Psicologia (16,7%). As demais áreas, como Fisioterapia, Engenharia, Medicina obtiveram percentuais de 8,3% cada. Ressalta-se que a área de conhecimento da Enfermagem produziu um estudo sobre a temática (8,3%), o que reforça a necessidade da abordagem desses sujeitos em novos estudos, visto que também atuam nas instituições de saúde. Somado a isso, com relação à **Região Geográfica de realização dos estudos,** houve o predomínio da Região Sudeste Brasileira, correspondendo a 50% do total de estudos. Destaca-se que essas produções ocorreram nos Estados de Minas Gerais (MG) e São Paulo (SP). Tal constatação justifica-se pelo fato de essa região constituir-se em um polo produtor importante em saúde e educação. Após, em ordem decrescente, evidencia-se a Região Sul (33,3%) e a Região Nordeste (16,7%). A análise dos **principais resultados** permitiu o surgimento de algumas temáticas comuns nos estudos, possibilitando a elaboração de duas categorias: *Implicações do trabalho na qualidade de vida do trabalhador da limpeza* e *Aspectos que produzem satisfação e uma melhor Qualidade de vida no Trabalho.* Na primeira categoria, confirma-se que o trabalho sofre e exerce influência na vida dos trabalhadores, podendo ser ora fonte de realização pessoal, ora de desgaste, concomitantemente (D2, D3, D4), o que é prejudicial aos mesmos. Com isso, os trabalhadores que apresentam desgastes, como os sintomas osteomusculares, provavelmente terão sua QV diminuída (D8, D10). Evidencia-se que é tendência, com base

nas produções de pós graduação brasileira, que os trabalhadores de limpeza apresentam problemas de saúde relacionados ao trabalho, com maior pontuação para as limitações por aspectos físicos, principalmente dor lombar e em membros inferiores, seguido dos aspectos a QV no trabalho dos mesmos (D5, D9) ou uma qualidade de vida no trabalho razoável ou satisfatória (D1,D3). A segunda categoria emergida foram os *Aspectos que produzem satisfação e uma melhor Qualidade de vida no Trabalho. Nessa categoria, c*onsidera-se como definidores de QV no trabalho para os trabalhadores de limpeza: identidade com a tarefa exercida; ambiente com boas condições de trabalho; assistência à saúde (funcionário/família); trabalho em equipe; valorização e capacitação dos funcionários (D6, D7, D11). Ressalta-se o quesito de valorização desses trabalhadores, pois, em estudo com os coletores de materiais recicláveis, 50% sentem-se desvalorizados e discriminados pela sociedade pelo trabalho que desenvolvem (T1).

**CONCLUSÕES**

Ressalta-se a importância de pesquisar acerca das possíveis repercussões do trabalho na qualidade de vida física e mental dos trabalhadores, uma vez que o trabalho quando produzido com condições adequadas de atuação pode proporcionar satisfação, caso contrário, pode favorecer o desgaste do trabalhador. Os resultados obtidos neste estudo possibilitaram dar visibilidade sobre a temática qualidade de vida e a importância da sua avaliação nos trabalhadores de limpeza, por vezes esquecidos e desvalorizados no contexto laboral. Assim sendo, constitui-se como desafiadora a proposta de abordar essa população, visto os poucos estudos existentes. Tornase essencial propor ações eficazes na gestão organizacional que favoreçam melhorias na qualidade de vida no trabalho, na saúde do trabalhador, na produtividade e no desempenho desse trabalhador, visto a possibilidade de perda da capacidade para o trabalho e os afastamentos por doenças. Como potencialidade desse estudo, tem-se abordar a qualidade de vida em trabalhadores de limpeza do âmbito hospitalar, visto a lacuna existente no conhecimento e a importância, dos quais dependem a saúde e o bem-estar dos pacientes e demais trabalhadores, além de trabalharem em conjunto com a
Enfermagem, fornecendo subsídios para cuidado efetivo ao paciente.

**ÁREA TEMÁTICA:** Trabalho

**REFERÊNCIAS:**

1. Araújo GA. **Vida, trabalho e qualidade de vida: percepção de profissionais de enfermagem que atuam no centro de materiais e esterilização**. Dissertação (mestrado em enfermagem) –Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2007; 139 f.

2. Araújo GA, Soares MJGO, Henrique MERM. **Qualidade de vida: percepção de enfermeiros numa abordagem qualitativa. Rev. Eletr. Enf.. 2009;11(3):635-41.**

3. Lima M. **Quando o trabalho adoece.** Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, 2007; 5 (4): 22-23.

4. Schultz JCP. **Qualidade de Vida dos catadores de materiais recicláveis da ACMR: um estudo etnográfico.** Dissertação de mestrado,2008. Universidade do Vale do Itajaí.

5. Fleck MPA et al. **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100).** Rev. Saúde Pública. 1999; 33 (2): 198-205.

6. Rocha VM, Fernandes MH. Qualidade de vida de professores do ensino fundamental: uma perspectiva para a promoção da saúde do trabalhador. J. bras. Psiquiatr. 2008; 57(1) : 23-7.

7. Talhaferro B, Barboza DB, Domingos NAM. **Qualidade de vida da equipe de enfermagem da central de materiais e esterilização.** Rev. ciênc. méd., Campinas; 2006; 15(6): 495-506.

8.The whoqol group.. **Development of the WHOQOL: Rationale and current status.** International Journal of Mental Health. 1994; 23 (3): 24-56.

9. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. **Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36).** Rev Bras Reumatol.. 1999; 39: 143 -50.

10. Silva LG, Haddad MCL, Domansky RC, Vituri DW. **Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público.** Rev. Eletr. Enf. 2010;12(1):158-63.

11. Martarello MA, Benatti MCC. **Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar.** Rev Esc Enferm USP 2009; 43(2): 422-8.

12. Andrade CB, Monteiro-Cocco MI. **Trabalho, envelhecimento e qualidade de vida: relatório final de iniciação científica.** Campinas: SAE/Unicamp; 1999.

13. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Editorial, São Paulo. **Acta Paul. Enferm.** 2007; 20 (2).

14. Resende CC. **Técnicas de limpeza em ambiente hospitalar,** São Paulo, Ed. Ciranda Cultural, 2011.

15. Sznelwar LI, Lancman S, Wu MJ, Alvarinho E, Santos M. **Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho**. Produção, São Paulo. 2004; 14(3): 45-57.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# FATORES QUE INFLUENCIAM NA PREVENÇÃO DE AGRAVOS FRENTE AO USO DE AGROTÓXICOS: REVISÃO INTEGRATIVA

# FACTORS AFFECTING OF INJURY PREVENTION FRONT THE USE OF PESTICIDES: INTEGRATIVE REVIEW

# FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES FRENTE AL USO DE PLAGUICIDAS: REVISIÓN INTEGRADORA

VIERO, Cibelle Mello[1]
CAMPONOGARA, Silviamar[2]

1 Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, cibellemelloviero@gmail.com. 2 Enfermeira, Doutora em enfermagem, Professora Adjunto da Universidade Federal de Santa Maria.

**RESUMO:** Na atualidade, enfrentamos sérios desafios, dentre os quais, a complexidade da problemática ambiental que demanda da sociedade um agir ambientalmente responsável. A exemplo disso, o uso de agrotóxicos é um tema que vem despertando atenção crescente, tendo em vista suas consequências para a saúde dos trabalhadores rurais. Frente a isso, objetivou-se avaliar, na literatura, fatores que interferem na prática de prevenção de agravos frente ao risco do uso dos agrotóxicos na agricultura. Estudo de revisão integrativa. A coleta de dados ocorreu em junho de 2013. O *corpus* de análise foi composto de 14 artigos. As produções apontam dados relacionados ao não uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), desconhecimento dos riscos do uso desses produtos e carência de políticas governamentais relativas ao tema. Isso exige dos profissionais de saúde uma postura ativa diante da problemática, com vistas a minimização desses riscos. **Descritores**: Enfermagem; Saúde da População Rural; Praguicidas.

**ABSTRACT:** Nowadays, we face serious challenges, among which, the complexity of environmental problems that society demand one act environmentally responsible. As an example, the use of pesticides is a topic that has attracted increasing attention in view of its consequences for the health of farm workers. Given this, it was evaluated in the literature, factors that interfere with the practice of injury prevention towards risk of the use of pesticides in agriculture. Study integrative review. Data collection took place in June 2013. The corpus analysis was composed of 14 articles. Yields indicate data related to non-use of Personal Protective Equipment (PPE), ignorance of the risks of these products and the lack of government policies relating to the topic. This requires health professionals an active

stance on the issue, with a view to minimizing these risks. **Keywords:** Nurisng; Rural Health; Pesticides.

**RESUMEN:** Actualmente, nos enfrentamos a serios desafíos, entre los cuales, la complejidad de los problemas ambientales que la sociedad demanda un actuar responsable con el medioambiente. A modo de ejemplo, el uso de plaguicidas es un tema que ha atraído cada vez más atención a la vista de sus consecuencias para la salud de los trabajadores agrícolas. Teniendo en cuenta esto, se evaluó en la literatura, los factores que interfieren con la práctica de la prevención de lesiones hacia el riesgo del uso de pesticidas en la agricultura. Estudiar revisión integradora. La recolección de datos se llevó a cabo en junio de 2013. El análisis de corpus se compone de 14 artículos. Los rendimientos indican los datos relativos a la no utilización de equipos de protección personal (PPE), el desconocimiento de los riesgos de estos productos y la falta de políticas gubernamentales relacionadas con el tema. Esto requiere que los profesionales de la salud una postura activa en el tema, con el fin de minimizar estos riesgos. **Descriptores:** Enfermería; Salud Rural; Plaguicidas.

## INTRODUÇÃO

Na atualidade, enfrentamos sérios desafios, dentre os quais, a complexidade da problemática ambiental que demanda da sociedade um agir ambientalmente responsável, tendo em vista o acelerado processo de destruição ambiental que vivenciamos e as ameaças à sobrevivência do planeta e da humanidade. A exemplo disso, o uso de agrotóxicos é um tema que vem despertando atenção crescente, tendo em vista suas consequências para a saúde humana, causados pelo seu uso crescente e, às vezes, inadequado. Destarte, o Brasil ocupa, atualmente, o lugar de maior consumidor de agrotóxicos no mundo, devido ao nosso atual modelo de desenvolvimento econômico, agroexportador. Face a isso, o processo de modernização tecnológica iniciado nos anos cinqüenta, com a chamada "revolução verde", somado ao discurso da "modernização da economia rural", modificou profundamente as práticas agrícolas, gerou mudanças tecnológicas nos processos de trabalho e aumentou a produtividade brasileira[1]. Esses incrementos na produção agrícola afetaram diretamente a saúde humana, principalmente dos trabalhadores rurais e dos ecossistemas, com o crescimento descontrolado de pragas como insetos, fungos e roedores, e expulsou a fauna e a flora de seus habitats, com a destruição dos ecossistemas e a sua substituição por novas áreas de expansão de atividades agropecuárias[1]. Diante disso, os impactos à saúde da população são amplos, atingindo principalmente os trabalhadores rurais, que tem contato direto com os agrotóxicos[2]. Os agrotóxicos estão entre os fatores de risco mais relevantes para a saúde da população, especialmente para a saúde dos trabalhadores expostos e para o meio ambiente[3]. Por representar um problema de saúde pública e pelas repercussões no âmbito da saúde de trabalhadores e de comunidades que vivem próximas às grandes áreas de produção, o setor saúde vem buscando definir e implementar ações voltadas para

atenção integral das populações expostas a agrotóxicos[4]. Além disso, as evidências já disponíveis dos prejuízos dos agrotóxicos à saúde alertam para a gravidade da questão, na medida em que dialogam com os grupos de agravos prevalentes no perfil de morbimortalidade do país[2]. Nessa perspectiva, os agrotóxicos são substâncias químicas que geram uma série de efeitos nocivos à saúde humana. Os agrotóxicos são genericamente denominados praguicidas ou pesticidas. As classes toxicológicas são indicadas por meio das cores dos rótulos, sendo classe I – faixa vermelha (extremamente tóxico), classe II – faixa amarela (altamente tóxica), classe III – faixa azul (medianamente tóxico) e classe IV – faixa verde (pouco ou muito pouco tóxico)[5]. De acordo com a classe química a que esses produtos pertencem e o tipo de exposição, podem causar desde afecções como dermatites até alguns tipos de doenças mais graves como o câncer[6]. Por isso, os profissionais de saúde precisam mobilizar-se para enfrentar esta situação e buscar saídas para reduzir ou eliminar a contaminação dos trabalhadores no campo pelos agrotóxicos. A conscientização dos agricultores e consumidores quanto aos elevados riscos para a saúde humana e para o meio ambiente da utilização de agrotóxicos é fundamental para mudar essa realidade[7]. A relevância desse estudo concentra-se na necessidade de aprofundar o que se tem produzido sobre a questão da saúde do trabalhador rural e agrotóxicos. Frente a essa reflexão, torna-se necessário que os profissionais de saúde reconheçam os riscos a que esses trabalhadores rurais estão expostos e os fatores que interferem na prática de prevenção de agravos, para que esse conhecimento seja também incorporado na prática assistencial. Diante disso, a questão norteadora deste estudo foi: Quais fatores interferem na prática de prevenção de agravos frente ao risco uso dos agrotóxicos na atividade rural? A fim de responder essa questão, objetivou-se avaliar, na literatura, a interferência desses fatores na prática de prevenção de agravos frente ao risco do uso dos agrotóxicos na agricultura.

## METODOLOGIA

Estudo de revisão integrativa, a qual tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre determinado tema, de forma sistemática e ordenada, auxiliando para o aprofundamento do conhecimento da questão investigada[8]. Para elaboração do estudo foram seguidos os seguintes passos: identificação do tema, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa[9]. A busca bibliográfica nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e National Center for Biotechnology Information (NCBI) na U.S. National Library of Medicine (NLM) - PUBMED. Utilizou-se como estratégia de busca na LILACS: "PRAGUICIDAS" [Descritor de assunto] and ("saúde do trabalhador rural") or "TRABALHADORES RURAIS" [Descritor de assunto], com um total de 54 referências encontradas. E no PUBMED: ((pesticides) AND rural health) AND occupational risks, com os filtros de idiomas Inglês, Espanhol, Português e Humanos com um total de 107 documentos encontrados. A coleta de dados ocorreu em junho de 2013. O

somatório de produções científicas disponíveis nos bancos de dados foi de 161 documentos. Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa na temática dos agrotóxicos, envolvendo trabalhadores rurais com texto completo disponível em suporte eletrônico. Os critérios de exclusão foram documentos que não estavam disponíveis na íntegra gratuitamente, e artigos derivados de pesquisa sobre relação do uso de agrotóxicos e o desenvolvimento de patologias como Parkinson, câncer, depressão, tentativa de suicídio, alcoolismo entre outras, ou seja, as intoxicações pelo uso dos agrotóxicos, pois essas, por suas especificidades, não correspondem a questão do estudo. A seleção dos artigos foi desenvolvida por meio da leitura dos títulos e dos resumos, sendo que o *corpus* de análise foi composto de 14 artigos. A análise dos dados extraídos foi realizada na forma descritiva, possibilitando ao profissional de saúde avaliar os fatores que interferem na prática de prevenção de agravos frente ao risco do uso de agrotóxicos na atividade rural.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para melhor compreensão dos achados da literatura científica foi elaborado um quadro contendo as referências dos artigos.

| |
|---|
| A 1 - DOMINGUES, M.R.; BERNARDI, M. R.; ONO, E. Y. S.; ONO, M. A. Agrotóxicos: Risco à Saúde do Trabalhador Rural. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde,** Londrina, v. 25, p. 45-54, jan./dez. 2004. |
| A 2 - JACOBSON, L. S. V. et al. Comunidade pomerana e uso de agrotóxicos: uma realidade pouco conhecida. **Ciênc. saúde coletiva**., v.14, n.6, p. 2239-49, 2009. |
| A 3 - BRITO, P. F; GOMIDE, M.; CÂMARA, V. M. Agrotóxicos e saúde: realidade e desafios para mudança de práticas na agricultura. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 207-25, 2009. |
| A 4 - FONSECA, M. G. U.; PERES, F. ; FIRMO, J. O. A.; Uchôa, E. Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.1, p. 39-50, 2007. |
| A 5 - TOMAZIN, C. C.; ZAMBRONE, F. A. D. Nível de entendimento das informações de primeiros socorros de bula e rótulo de agrotóxico por meeiros de plantações de tomate de Sumaré, SP. **Revista Brasileira de Toxicologia,** v. 21, n.1, p. 20-4, 2008. |
| A 6 - PASIANI, J. O.; TORRES, P.; SILVA, J. R.; DINIZ, B. Z.; CALDAS, E. D. Knowledge, Attitudes, Practices and Biomonitoring of Farmers and Residents Exposed to Pesticides in Brazil. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 9, p. 3051-68, 2012. |
| A 7- Mariana de Araújo-Pinto, M.; Peres, F.; Moreira, J. C. Utilização do modelo FPEEEA (OMS) para a análise dos riscos relacionados ao uso de agrotóxicos em atividades agrícolas do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**,v. 17, n. 6, p. 1543-55, 2012. |
| A 8 - SOARES, W. L.; PORTO, M. F. S. Uso de agrotóxicos e impactos econômicos sobre a saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n .2, p. 209-17, 2012. |
| A 9 - RECENA, M. C. P.; CALDAS, E. D. Percepção de risco, atitudes e práticas no uso de agrotóxicos entre agricultores de Culturama, MS. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n.2, p. 294-301, |

| |
|---|
| 2008. |
| A 10 - PERES, F.; LUCCA, S. R.; PONTE, L. M. D.; RODRIGUES, K. M.; ROZEMBERG, B. Percepção das condições de trabalho em uma tradicional comunidade agrícola em Boa Esperança, Nova Friburgo, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1059-68, jul-ago, 2004. |
| A 11 - SOARES, W.; ALMEIDA, R. M. V. R.; MORO, S. Trabalho rural e fatores de risco associados ao regime de uso de agrotóxicos em Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1117-27, jul-ago, 2003. |
| A 12 - PERES, F.; MOREIRA, J. C. Saúde e ambiente em sua relação com o consumo de agrotóxicos em um pólo agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 612-621, 2007. |
| A 13 - ARAÚJO, A. C. P.; NOGUEIRA, D. P.; AUGUSTO, L. G.S. Impacto dos praguicidas na saúde: estudo da cultura de tomate. Rev. Saúde Pública, v. 34, n. 3, p. 309-13, 2000. |
| A 14 - Arcury, T. A.; Quandt, S. A.; Cravey, A. J.; Elmore,R. C.; Russell, G. B. Farmworker reports of pesticide safety and sanitation in the work environment. **Americam Journal of Industrial Medicine,** v. 39, p. 487-98, 2001. |

A maior parte dos estudos foi publicada em 2012 (21,4%), seguida dos anos 2009, 2008, 2007 e 2004 (aproximadamente 14% cada) e dos anos 2003, 2001 e 2000 (7,2 % cada). O Brasil concentra a maior parte das publicações (92,8%), seguido dos Estados Unidos da América (aproximadamente 7,2%). Referente ao delineamento dos estudos, quatorze eram descritivos (100%) e conforme a classificação do níveis de evidências10 foi constatado a totalidade dos estudos com nível de evidência 6. As produções apontam os principais fatores que interferem na prática de prevenção de agravos frente ao riscos do uso de agrotóxicos na prática dos trabalhadores rurais. Emergiram dados relacionados ao não uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), desconhecimento dos riscos do uso desses produtos e carência de políticas governamentais relativas ao tema. As doenças ocupacionais e intoxicações acidentais são frequentes, devido à dificuldade na utilização de equipamentos de segurança (A1, A2, A6, A11). Há, também, o problema da maioria dos trabalhadores rurais, não compreenderem as instruções quanto ao uso seguro dos agrotóxicos, devido à baixa escolaridade (A1, A2, A5). A carência educacional e de formação dos agricultores contribui para a dificuldade da correta interpretação de informações sobre saúde e segurança no manuseio de agentes químicos perigosos, como os agrotóxicos (A12), associada ao desconhecimento por parte dos produtores e aplicadores de praguicidas no que se refere aos efeitos tóxicos para a saúde e o meio ambiente, associados ao uso indevido de praguicidas (A13). Nesse sentido, as bulas e rótulos dessas substâncias devem ser simplificados, conter informações dirigidas e adaptadas ao público alvo para educar e orientar os trabalhadores rurais (A5) pois há relatos de queixas relacionadas ao tamanho das letras e da linguagem técnica do rótulo e da bula (A9). Tanto que o perfil socioeconômico mostra percentuais expressivos de analfabetismo e baixa renda (A3). O uso

de agrotóxicos é uma rotina para esses trabalhadores e apesar de existir uma naturalização do uso, os agricultores acreditam que os agrotóxicos podem afetar sua saúde (A3, A6), e apresentam preocupação com o consumidor e gostariam de conhecer formas alternativas de cultivo (A3), dados que despontam para a possibilidade de busca de mudança de práticas. Não se trata de repasse de conhecimento, pois este tipo de informação de alguma forma eles já possuem. Trata-se de desenvolver estratégias objetivando a minimização dos riscos ou mesmo o desuso de agrotóxicos na lavoura (A3), com vistas a educar os agricultores (A14), esse é um grande desafio proposto aos profissionais de saúde. Já que os dados indicam (A4) que estes trabalhadores enfrentam duas realidades paradoxais: a necessidade do agrotóxico e o sofrimento gerado pelo seu manejo. Soma-se a isso, as deficiências nas ações de fiscalização e vigilância do uso de agrotóxicos e de assistência técnica por parte do Poder Público (A7, A8). Essa carência de políticas governamentais voltadas ao acompanhamento e fiscalização das atividades do homem do campo afastam, ainda mais, estes indivíduos dos saberes disponíveis sobre as práticas de proteção de lavouras e combate às pragas (A12). Soma-se a esses fatores a forte influência das políticas de incentivo à produção agrícola, quase todas fortemente associadas ao aumento do consumo de agentes químicos, em particular agrotóxicos (A12). Assim, são essenciais programas governamentais de extensão agrícola que enfatizem técnicas alternativas de manejo de pragas e práticas seguras de uso de agrotóxicos, direcionados a essa população (A9). Nesse ínterim, visto que os agricultores nem sempre transformam sua percepção de risco e suas experiências pessoais em atitudes e práticas mais seguras no uso de agrotóxicos, é imperativo que os profissionais de saúde conheçam os riscos a que trabalhadores estão expostos e os fatores que interferem nas ações de prevenção de agravos de forma a incorporar em sua prática assistencial medidas que visem a proteção e recuperação de saúde, numa abordagem ecossistêmica, respeitando as especificidades dessa clientela.

**CONCLUSÕES**

Frente ao discutido anteriormente, e diante das evidências levantadas é perceptível que não uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), o desconhecimento dos riscos do uso desses produtos e a carência de políticas governamentais relativas ao tema interferem na prática de prevenção de agravos frente ao riscos do uso de agrotóxicos na prática dos trabalhadores rurais. Isso exige dos profissionais de saúde uma postura ativa diante da problemática, com vistas a minimização desses riscos. Assim sendo o investimento em orientações sobre a importância do uso de EPI's, o esclarecimento por parte dos profissionais de saúde dos riscos potenciais frente a utilização dos pesticidas e a criação de políticas públicas que atendam as especificidades dessa clientela são exemplos dessa postura. Os profissionais de saúde necessitam agir multiprofissionalmente para enfrentar essa situação e buscar saídas para proteger a saúde desses trabalhadores rurais expostos.

**Área temática:** Trabalho

**REFERÊNCIAS**

1. Jacobson LSV et al. Comunidade pomerana e uso de agrotóxicos: uma realidade pouco conhecida. Ciênc. saúde coletiva. 2009; 14(6):2239-49.

2. Carneiro FF et al. Dossiê ABRASCO –Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. 1. Parte. ABRASCO, Rio de Janeiro; 2012.

3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Dados e Indicadores Selecionados: II Informe Unificado das Informações sobre Agrotóxicos Existentes no SUS. Edição Especial**.** Brasília; 2008.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Plano integrado de vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos. Brasília; 2009.

5. Siqueira SL, Kruse MHL. Agrotóxicos e Saúde Humana: contribuição dos profissionais do campo da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(3):584-90.

6. Peres F, Moreira JC. Saúde e ambiente em sua relação com o consumo de agrotóxicos em um pólo agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(4):612-21.

7. Araújo AJ. et al. Exposição múltipla a agrotóxicos e efeitos à saúde: estudo transversal em amostra de 102 trabalhadores rurais, Nova Friburgo, RJ. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12(1):115-130.

8. Pompeu DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009; 22(4):434-8.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64.

10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout- Overholt E, editors. Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p. 3-24.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# RELAÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR COM O SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA

# RESPECT OF THE COMMISSION OF HOSPITAL INFECTION CONTROL INF THE SERVICE OF HYGIENE AND CLEANLINESS

# RESPECTO DE LA COMISIÓN DE CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE HIGIENE Y LIMPIEZA

ANTONELLO, Eveline do Amaral[1]
PASA, Thiana Sebben[2]

1 Enfermeira do Hospital Unimed Santa Maria. Especialista em Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência a
Saúde pela Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP. Membro integrante da Rede Brasileira de Segurança do
Paciente (REBRAENSP) – Pólo Porto Alegre - Núcleo Santa Maria/RS. eveebr@yahoo.com.br.
2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de
Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem (TSEE). Linha de
Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. Membro integrante da REBRAENSP
– Pólo Porto Alegre - Núcleo Santa Maria/RS.

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral relatar o trabalho realizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar relacionando com a execução das atividades realizadas pelo Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado no período de janeiro a junho de 2011 em hospital privado no Rio Grande do Sul. Como resultado principal pode-se observar a importância da relação entre estes serviços, atuando na prevenção e controle de infecção hospitalar, revisando protocolos, realizando ações efetivas, propiciando um ambiente limpo e organizado, fornecendo um atendimento de qualidade aos clientes. Sendo assim, os princípios de infecção são entendidos para outros importantes setores, a fim de contribuir com a experiência de todos, principalmente para que o serviço de higiene hospitalar seja igualmente reconhecido e interaja junto na busca do mesmo objetivo. Então, quando se entende o motivo das infecções hospitalares torna-se mais fácil a sua prevenção.

**ABSTRACT**
This study aims to report the overall work of the Committee of the Hospital Infection Control relating to the implementation of activities carried out by the Hospital Cleaning and Hygiene. This is a descriptive study, type experience report, conducted in the period from January to June 2011 in a private hospital in Rio Grande do Sul As the main result we can see the importance of the relationship between these services, working in prevention and hospital infection control, reviewing protocols, conducting effective actions, providing a clean and organized, providing a quality service to customers. Thus, the principles of infection are understood to other important sectors in order to contribute to the experience of all, especially for the service of hospital hygiene is also recognized and interact together towards the same goal. So, if you understand the reason of nosocomial infections becomes easier to prevent them.

**RESUMEN**
Este estudio tiene como objetivo informar sobre el trabajo general de la Comisión de Control de Infección Hospitalaria en relación con la ejecución de las actividades llevadas a cabo por el Servicio de Hospitales y Salud. Se trata de un estudio, informe de experiencia de tipo descriptivo, realizado en el período de enero a junio de 2011 en un hospital privado de Rio Grande do Sul. Como principal resultado se puede ver la importancia de la relación entre estos servicios, que trabajan en la prevención y control de infecciones hospitalarias, la revisión de los protocolos, la realización de acciones efectivas, proporcionando un ambiente limpio y organizado, proporcionando un servicio de calidad a los clientes. Por lo tanto, los principios de la infección se entienden a otros sectores importantes con el fin de contribuir a la experiencia de todos, en especial para el servicio de higiene del hospital también se reconoce e interactuar juntos hacia el mismo objetivo. Por lo tanto, si usted entiende la razón de las infecciones nosocomiales más fácil prevenirlos.
**DESCRITORES:** infecção hospitalar; serviço hospitalar de limpeza; enfermagem.
**DESCRIPTORS:** cross infection; housekeeping; nursing.
**DESCRIPTORES:** infección hospitalaria; servicio de limpieza en hospital; enfermerìa.

**INTRODUÇÃO**
Pode-se considerar que a humanização do ambiente hospitalar e da assistência à saúde será concretizada se estiver centrada em fatores motivacionais externos. O hospital humanizado é o que contempla na sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, o respeito à dignidade do ser humano, sendo ela paciente, familiar ou mesmo o profissional que trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade. Os profissionais da saúde estabelecem um contato efetivo com os usuários, e precisam de condições básicas a fim de desenvolver suas atividades com justiça e saber, criando um clima organizacional

favorável ao atendimento do paciente. Nos dias atuais a instituição hospitalar é vista como uma das mais complexas, não apenas pela sua ampla missão, mas, também por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, proporcionando a assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador aos clientes em regime de internação, onde é utilizado tecnologia de ponta de rotina[1]. Com o aumento da concorrência, as inovações tecnológicas e a maior exigência dos clientes, levaram as empresas da área de saúde a oferecerem uma melhor atenção e qualidade na prestação de serviços. A qualidade do serviço deve ser aprimorada constantemente, para isto acontecer se devem desenvolver tecnologias e melhorar o padrão de muitas atividades, sendo que no setor de prestação de serviços, prestar o serviço básico com qualidade é a orientação mais indicada, por isso mesmo se torna desnecessário enfatizar que tudo deve ser colocado em níveis de excelência de qualidade[2]. Para que o atendimento prestado pelas instituições de saúde seja de qualidade, é necessário que estas primem pela segurança dos pacientes. Dentre os riscos a que os pacientes estão expostos durante os atendimentos em saúde e que refletem diretamente na qualidade do serviço prestado, estão às infecções. As infecções hospitalares são multifatoriais, e toda a problemática de como reduzir as infecções, intervir em situações de surtos dentro de uma instituição deve ser resultado de um trabalho de equipe[3]. Portanto, entende-se que todos os setores do hospital são importantes e devem estar integrados entre si para oferecer um atendimento de excelência. Sabe-se que a transferência de microrganismos para as superfícies ocorre pelo contato das mãos com a superfície, e, mesmo diminuindo o impacto desta transferência através da higienização das mãos, a realização da limpeza e desinfecção das superfícies é fundamental para redução da incidência de infecções[4]. Apesar das superfícies poderem abrigar microrganismos patogênicos tornando-se contaminadas, por si só, não constituem risco de infecção, pois necessitam de um meio para transportar o microrganismo até o hospedeiro. O veículo de transporte funcionará como agente disseminador, o mais comum dentre estes veículos são as mãos de profissionais de saúde e trabalhadores do serviço de higiene que não realizam boas práticas como medidas efetivas de controle, como, por exemplo, higiene das mãos do funcionário antes e após manipulação de objetos e superfícies próximas ao paciente e utilização adequada de luvas[5]. Nesse sentido, o Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar (SHLH) visa garantir aos usuários dos serviços de saúde uma permanência em local limpo e em ambiente com menor carga de contaminação possível, contribuindo com a redução da possibilidade de transmissão de infecções oriundas de fontes inanimadas, tendo a finalidade de preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde[6]. O SHLH é acompanhado por membros que atuam na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). A CCIH é constituída de membros consultores, os quais são responsáveis pelo estabelecimento das diretrizes para o Programa de Controle de Infecção Hospitalar; e de membros executores os quais representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, sendo encarregados da

execução das ações programadas por este setor. O CCIH é responsável pelo desenvolvimento de ações que visam à prevenção e a redução da incidência de infecções hospitalares, as quais são adquiridas após a admissão do paciente na instituição hospitalar e se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares[7]. Possui uma equipe profissional (médicos, farmacêuticos, microbiologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem) que é responsável pelo controle das infecções hospitalares. Essa equipe planeja, implementa e aplica um conjunto de ações desenvolvidas e deliberadas e sistematicamente, tendo como objetivo a redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções nosocomiais[7]. Sendo assim, define-se como problema de pesquisa: De que forma está sistematizado o Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar de um hospital privado?

**OBJETIVO:** Relatar o trabalho realizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar relacionando com a execução das atividades realizadas pelo Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar de um hospital privado no Rio Grande do Sul. Como objetivos específicos se definiram: pontuar as funções da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar no âmbito de um hospital; apresentar os processos relacionados ao Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar; e enfatizar as medidas de prevenção de infecções hospitalares desenvolvidas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar acompanhado do Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado no período de janeiro a junho de 2011 sobre os procedimentos de trabalho adotados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, relacionando-os com os processos executados pelo Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar. Para realizar o estudo selecionou-se um hospital privado na cidade de Santa Maria – RS. O hospital é considerado de pequeno porte e atende pacientes de diversas especialidades. A CCIH deste hospital atua desde 2006 executando ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, entre elas: vigilância epidemiológica na unidade, vigilância microbiológica, controle do uso racional de antimicrobianos, medidas e orientações sobre a higienização de mãos, estabelecimento de precauções universais, controle integrado de pragas e roedores, controle da qualidade da água e elaboração e padronização de procedimentos operacionais padrão, bem como acompanhamento destas rotinas. Esta Comissão trabalha ativamente, com o Serviço de Higiene e Limpeza, o qual é realizado por empresa terceirizada, porém recebe capacitação e orientação sobre as rotinas executadas, bem como os serviços prestados. Este Serviço conta com quinze auxiliares de serviços gerais e um profissional de nível técnico. Os funcionários admitidos recebem treinamento inicial com recebimento de material explicativo, realizado pela Enfermeira responsável da CCIH, bem como educação permanente com periodicidade mensal sobre assuntos referentes aos procedimentos executados pela equipe de limpeza.

Assim, serão relatadas as ações executadas pelos profissionais do Serviço de Higiene e Limpeza, bem como a implantação e revisão de procedimentos realizados juntamente com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, no período pré estabelecido.

**RESULTADOS:** O Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar (SHLH) do hospital onde foi desenvolvido este estudo é terceirizado e composto por quinze auxiliares de serviços gerais e um supervisor de nível técnico. Estes são distribuídos em toda a Instituição, alguns em unidades específicas e outros no serviço de apoio, para coleta de resíduos e roupas. O supervisor possui uma jornada de 44 horas semanais, sendo responsável pela orientação e distribuição das atividades, bem como todos os controles de escala, uniformização e checar a execução dos serviços. Ambos reúnem-se mensalmente para receber orientações técnicas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e estabelecer conformidade no serviço prestado. Os funcionários que atuam no SHLH são responsáveis por todas as atividades de limpeza concorrente e limpeza terminal da Instituição. Realizam a limpeza de todas as áreas críticas, semicríticas e não críticas, respeitando o cronograma estabelecido e as técnicas repassadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Todos os funcionários recebem treinamento inicial repassado pela enfermeira da Comissão de Controle de Infecção por meio de um manual, no momento da admissão. Neste manual consta o que é o Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar, seus objetivos e atribuições, a missão da Instituição, aspectos comportamentais, higiene e aparência pessoal, uso de equipamento de proteção individual e coletiva, higienização de mãos. Além disso, encontra-se descrito os princípios básicos para limpeza hospitalar, classificação das áreas hospitalares, definição de termos e regras básicas para limpeza e desinfecção, medidas utilizadas para diminuir a interferência do ambiente nas infecções, recomendações de limpeza e desinfecção de superfícies, produtos saneantes utilizados na Instituição, rotina de trabalho diário, limpeza concorrente de leitos, piso, corredores, bem como limpeza terminal. Incluem-se também as recomendações do Controle de Infecção para os profissionais da higiene e limpeza, dentre elas medidas preventivas, precauções padrão, de contato, gotículas e aerossóis, resíduos hospitalares e por fim rotina para acidentes de trabalho. Há treinamento mensal sobre os assuntos que os funcionários vêm apresentando maior dificuldade. Estes recebem também capacitação diferenciada para a limpeza da capela de manipulação de quimioterápicos, bem como para o Ambulatório de Quimioterapia. O treinamento e capacitações da equipe do SHLH são de responsabilidade da enfermeira que atua no CCIH. Na execução das tarefas os funcionários realizam limpeza concorrente e terminal nas dependências, como também a retirada dos resíduos e da roupa. Eles dividem-se por turno de trabalho e cada um é completamente responsável pelo seu setor. A supervisora realiza supervisão direta das atividades, resolvendo, sempre que possível, os problemas e dificuldades encontradas no momento em que estas acontecem. A rotatividade dos funcionários é grande, sendo atribuída muitas vezes, a problemas de saúde e falta de comprometimento com o trabalho. A empresa que presta serviço é terceirizada e todos os encargos com admissão e demissão

de funcionários são de responsabilidade desta. Os funcionários que atuam nesse serviço realizam a limpeza concorrente diariamente em todas as áreas, tanto críticas como semicríticas e não críticas. Já a limpeza terminal é realizada quinzenalmente nas áreas críticas e mensalmente nas áreas semicríticas, nas áreas não críticas é realizada conforme a necessidade. Para controle da rotina de limpeza da Unidade de Internação há tabela a qual é preenchida todos os turnos, onde constam todos os leitos e salas que deve ser realizada a limpeza concorrente, a assinatura da funcionária que a fez, em caso de alta ou óbito deve ser preenchido também o horário em que foi concluído o serviço. Já para a limpeza terminal todos os setores são listados em planilhas subdivididas nos andares, nesta deve constar a data em que foi realizada, a assinatura do funcionário que realizou a limpeza e do funcionário da Instituição que inspecionou o local após o término. O transporte de resíduos e roupas é realizado por funcionários específicos, estes realizam a coleta interna nas salas de utilidades dos setores e encaminham todo o resíduo, tanto reciclável, comum, tóxico e infectante para as casas de resíduos, essas subdivididas nestes grupos. O destino final é realizado por empresas terceirizadas. Todas as atividades desenvolvidas pelo SHLH são orientadas e supervisionadas pelos profissionais da CCIH. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é composta por médico infectologista, enfermeira, administrador, microbiologista e farmacêutica. Os membros executores se reúnem semanalmente e toda a Comissão mensalmente. Nessas reuniões, é elaborado e constantemente avaliado o programa anual de atividades. No período das coletas, foram realizadas as atividades descritas a seguir. Sobre infecções relacionadas à assistência à saúde observaram-se resistência, podendo ser acrescentados dados sobre o destino do paciente. É realizada nesta instituição a vigilância microbiológica tendo como base todos os resultados do laboratório de microbiologia terceirizado, sendo elaborados gráficos com a frequência dos microrganismos, por setor, determinando-se o nível endêmico, onde se determina o perfil de susceptibilidade dos microrganismos aos antimicrobianos, em todo o Hospital e por setor, e, esses perfis são utilizados para a composição da política de utilização de antimicrobianos. Foi instituído um programa educativo para higienização das mãos atingindo todos os grupos de profissionais da instituição, tendo nos quartos ou em cada área de contato com o paciente, recursos (pias, dispensadores de sabão neutro, antisséptico e álcool 70% e toalhas de papel) que facilitem a higiene das mãos aos profissionais de saúde. Junto a todo o trabalho da Comissão, inclui-se também o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde, este tem como principais objetivos melhorar as medidas de segurança e higiene no ambiente hospitalar, contribuindo para a redução dos índices de infecção hospitalar e a incidência dos acidentes ocupacionais; proteger a saúde e o meio ambiente; reduzir o volume e a massa de resíduos perigosos, minimizando a contaminação dos resíduos comuns; estabelecer procedimentos adequados e específicos para o manejo de cada grupo de resíduos, possibilitando assim, o tratamento específico para cada categoria de resíduos e estimular a reciclagem dos resíduos comuns não contaminados. É realizado também o controle dos vetores, através de serviço terceirizado com responsável técnico,

onde é executado a desinsetização e a desratização. Sendo que é fornecido para esta empresa um relatório especificando as atividades desenvolvidas, os locais de tratamento, o nome comercial e princípio ativo do produto utilizado, método de tratamento e quantidade utilizada do produto e nome das pragas alvo; a indicação, manipulação, preparação, produtos utilizados, bem como sua aplicação, é de responsabilidade da empresa terceirizada sendo que devem enviar os laudos técnicos dos produtos e a rotina do serviço a ser executado. São realizadas as atividades de monitoramento da qualidade microbiológica e físicoquímica da água potável da Instituição, em situações de não conformidade a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar solicita aos responsáveis a adoção de medidas cabíveis para a prevenção e controle de infecção. Os procedimentos operacionais padrão dos serviços são procedimentos padronizados, e são estabelecidos de forma clara e objetiva, a elaboração destes, devem ser de forma a facilitar seu gerenciamento e controle, além de servir como uma lista de verificação para evitar que aspectos importantes sejam esquecidos. Existem algumas orientações para serem seguidas na padronização de tais procedimentos: o primeiro é estabelecer este procedimento padrão que servirá como "matriz" para a criação dos procedimentos (ou de qualquer outro procedimento padronizado pela empresa)[8]. Para assegurar o padrão e qualidade das atividades é preciso redigir os procedimentos de maneira objetiva, descrevendo as etapas que sejam realmente necessárias, sem excesso de detalhes, pois o detalhamento excessivo pode dificultar o entendimento. É necessário abordar todos os pontos importantes para a execução correta das atividades, sendo fundamental a participação do usuário do procedimento, ou seja, do responsável por sua execução, idealmente o procedimento deveria ser feito pelo próprio usuário. Caso isso não seja possível, envolver o usuário, no mínimo consultando-os. É realizada a vigilância epidemiológica na unidade de internação clínica e cirúrgica, através da metodologia NNISS (*National Nosocomial Infection Survellance System*), desenvolvida pelo CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) mundialmente utilizada. É realizado também o controle do uso de antimicrobianos através de sistema informatizado e regulado pelo médico infectologista da Comissão. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar têm parte importante na limpeza hospitalar, e atua junto com o Serviço de Higiene e Limpeza na padronização de técnicas e rotinas de limpeza, produtos e diluição a serem utilizados, na educação continuada da equipe do serviço de higiene e limpeza, controle da imunização dos funcionários e de acidentes com perfurocortantes e no controle da qualidade deste serviço. É cada vez mais frequente a presença de serviços terceirizados de higiene e limpeza hospitalar[4]. A CCIH interage com o SHL quanto à participação no processo de elaboração e atualização do manual de procedimentos técnicos de limpeza, visando o cumprimento das técnicas de controle de infecção; atualização científica da supervisão deste Serviço, a qual atuará como agente multiplicador dos conhecimentos adquiridos para sua equipe de trabalho; indicação do uso apropriado de saneantes; bem como a padronização de produtos utilizados para a limpeza em função da eficiência e eficácia, de acordo com a

documentação exigida pelo Ministério da Saúde e também participação na educação continuada e orientação da equipe de limpeza.

**CONCLUSÃO**

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem o objetivo não somente de prevenir e combater a infecção hospitalar, beneficiando desta maneira toda a população assistida, mas também de proteger o hospital e o corpo clínico. São arquivados e executados documentos que comprovem a legalidade de sua existência, protocolos operacionais padrão que orientam no tratamento e procedimentos mais adequados efetivados ao paciente e dados estatísticos que demonstram índices de infecção hospitalar, mantendo estes índices dentro dos limites aceitáveis. Na avaliação da qualidade de práticas assistenciais torna-se cada vez mais frequente a utilização de indicadores clínicos, geralmente representado por uma variável numérica. Portanto, a limpeza e desinfecção dos ambientes visam proporcionar um local mais seguro aos pacientes e profissionais, sendo fatores de grande importância no controle de infecções hospitalares. Dessa forma, percebe-se que é imprescindível que a CCIH atue em conjunto com o SHLH, a fim de reduzir o risco de infecções por meio da capacitação e treinamento da equipe do SHLH. Percebe-se a importância do enfermeiro que atua na CCIH, uma vez que este profissional é o principal responsável em planejar e capacitar os profissionais da higiene e limpeza. Nota-se que as propostas para medidas de prevenção e controle de infecções hospitalares são inúmeras, sendo a higienização das mãos reconhecida como a medida isolada mais importante para a redução na frequência e na gravidade das infecções hospitalares. Assim como esta, existem outras medidas básicas de prevenção e controle, como a retirada precoce de procedimentos invasivos, a inserção de cateteres vasculares com paramentação completa e a antibioticoprofilaxia cirúrgica. Dessa maneira, os profissionais que atuam na CCIH devem atentar e sensibilizar, não apenas os profissionais que atuam no SHLH, mas sim, todos que atuam no ambiente hospitalar, para a importância de prevenir e/ou reduzir o risco de contaminação e infecção a que estão expostas as pessoas que circulam nesse ambiente. Por fim, este estudo pode acrescentar conhecimentos para o âmbito hospitalar e para a população em geral, pois se acredita que o trabalho realizado dentro dos hospitais repercute em toda a nossa sociedade. Sendo assim, os princípios de infecção são entendidos para outros importantes setores, a fim de contribuir com a experiência de todos, principalmente para que o serviço de higiene hospitalar seja igualmente reconhecido e interaja junto na busca do mesmo objetivo. No momento em que todos se aperfeiçoarem, os princípios éticos, sociais e ecológicos serão predominantes, e todos terão como principal objetivo melhorar a qualidade de vida destes e dos que os cerca. Então, quando se entende o motivo das infecções hospitalares torna-se mais fácil a sua prevenção.

**ÁREA TEMÁTICA:** trabalho.

**REFERÊNCIAS**

1 Júnior G, Vieira M. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2002; 7(2): 325-334.

2 Casas AL. Qualidade total em serviços–conceitos, exercícios, casos práticos. 3. ed. São Paulo: Atlas – Edição 3; 1999.

3 Fernandes AT. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. São Paulo: Atheneu – Volume 2; 2000.

4 Abreu ES, Silva AMC. Limpeza e desinfecção de áreas hospitalares. Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e antissepsia. São Paulo: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar; 2004.

5 Rodrigues EAC, Richtmann R. IRAS: Infecção Relacionada à Assistência à Saúde: orientações práticas. São Paulo: Sarvier; 2008.

6 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília, Anvisa; 2010.

7 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616/GM, em 12 de maio de 1998. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/infeccao/legislacao/portaria_2616.html. Acesso em: 25/09/2007.

8 Lopes EA. Guia para elaboração dos procedimentos operacionais padronizados exigidos pela RDC nº 275 da ANVISA. São Paulo: Livraria Varela; 2004.

# TENDÊNCIA DA PRODUÇÃO SOBRE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA AO TRABALHO DOCENTE DO ENSINO SUPERIOR

# TREND OF PRODUCTION ABOUT QUALITY OF LIFE RELATED TO PROFESSOR WORK OF HIGHER EDUCATION

# EVOLUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON TRABAJO DOCENTE DE EDUCACIÓN SUPERIOR

FREITAS, Natiellen Quatrin1
BECK, Carmem Lúcia Colomé2
SANGOI, Thais Picolin3
SILVA, Rosângela Marion da4
COELHO, Alexa Pupiara Flores 5
REIS, Daiane Aparecida Martins dos6

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: natiellen.freitas@yahoo.com.br
2 Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria.
3 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria.
4 Enfermeira. Doutoranda em Ciências – DINTER NOVAS FRONTEIRA UNIFESP/UFSM/UFRJ-EEAN. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria.
5 Acadêmica do 8º Semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria RS. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria.
6 Acadêmica do 5º Semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria RS. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PIBIC/CNPq.
7 Acadêmica do 8º Semestre de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria RS. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista FIPE.
8 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria.

**RESUMO:** Objetivou-se realizar a identificação e análise das publicações científicas acerca da qualidade de vida relacionada ao trabalho dos docentes do ensino superior. A presente revisão foi fundamentada em uma busca bibliográfica desenvolvida no portal de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, em maio de 2013, sem recorte temporal delimitado, utilizando-se os termos Qualidade de vida; Trabalho; Docentes e Ensino superior no campo "assunto". Foram incluídos trabalhos que apresentaram reflexões acerca da temática escolhida. Analisaram-se nove produções, das quais foi possível fazer uma caracterização e relacionar os achados com a Percepção da qualidade de vida no trabalho na perspectiva dos docentes do ensino superior e Fatores presentes no cotidiano laboral do docente que influenciam em sua qualidade de vida e saúde. Concluiu-se que este estudo possibilitou uma visão geral do que vem sendo produzido sobre a qualidade de vida relacionada ao trabalho dos docentes do ensino superior.
**Descritores:** Qualidade de vida; Docentes; Trabalho; Enfermagem.

**ABSTRACT:** The aim of this study was to identificate and analyze scientific publications about quality of live related to work of higher education professors. This review was based on bibliographic research developed in the theses and dissertations portal of Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, in May 2013, without time clipping delimited, using terms such as Quality of life; Work; Professors and Higher education in the field "subject". It was included studies that showed reflections about the theme picked out. It was analyzed nine productions, from which it was possible to make a characterization and relate the findings with the perception of quality of life in work in the perspective of higher education professors and factors present in the work routine of professors which influence their quality of life and health. We concluded that this study enable an overview of what have been produced about quality of life related to work of higher education professors.
**Descriptors:** Quality of life; Faculty; Work; Nursing.

**RESUMEN:** El objetivo de este estudio fue identificar y analizar las publicaciones científicas sobre la calidad de vida relacionada con el trabajo de los profesores de educación superior. Esta revisión se basa en una búsqueda bibliográfica desarrollada en el portal de tesis y disertaciones de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, en mayo de 2013, sin tiempo delimitado, haciendo uso de los términos Calidad de vida; Docentes; Trabajo y Enfermería en el campo "tema". Se incluyeron los estudios que mostraron reflexiones sobre el tema elegido. Se analizaron nueve producciones de las cuales fue posible realizar una caracterización y relacionar los hallazgos con la Percepción de calidad de vida en el trabajo en la perspectiva de los profesores de educación superior y Factores presentes en el trabajo diario de los profesores que influyen en su calidad de vida y

la salud. Se concluye que este estudio proporciona una visión general de lo que se produce sobre la calidad de vida relacionada con el trabajo de los profesores de educación superior.
**Descriptores:** Calidad de vida; Docentes; Trabajo; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O trabalho tem se apresentado como elemento fundamental nas relações desenvolvidas pelo homem; sendo considerado, cada vez mais, como central na vida dos seres humanos, como meio de sobrevivência, destacando sua influência na existência do trabalhador. Esta centralidade contempla a formação da identidade do ser humano enquanto trabalhador, prolongando-se a todos os espaços de sua existência e da sociedade, incluindo os aspectos sociais, econômicos, políticos e de saúde1. No cenário de transformações tecnológicas e sociais da atualidade, reconhecem-se as novas necessidades nas relações de trabalho assim como o surgimento de complexos problemas de diferentes naturezas, os quais afetam os trabalhadores. Nessa perspectiva, entende-se o trabalho como uma atividade de cunho social, formador de identidade e desenvolvimento pessoal dos indivíduos, podendo ser gerador ou não de saúde e qualidade de vida dos mesmos2.

Desse modo, destaca-se a influência das crescentes transformações de ordem econômica, política, social e técnica que vêm se processando no trabalho, as quais têm exercido forte influência sobre a saúde dos trabalhadores3. Diante disso, baseado nas implicações que o trabalho traz para a vida do trabalhador, destaca-se a relevância de abordar a qualidade de vida relacionada ao trabalho. Cabe considerar que qualidade de vida caracteriza-se como um construto de difícil definição em virtude de seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Ter qualidade de vida depende de fatores intrínsecos e extrínsecos ao sujeito, identificando assim uma conotação singular deste conceito para cada indivíduo, dependente, inclusive, de sua inserção na sociedade4. Direcionando esta realidade para o contexto de trabalho dos docentes do ensino superior, consideram-se inúmeros os fatores presentes em seu contexto de trabalho capazes de interferir em sua qualidade de vida, de modo que estudos revelam uma variedade de fatores relacionados ao processo de trabalho que podem influenciar na qualidade de vida e saúde dos mesmos. Destaca-se, assim, que estes fatores estão relacionados às situações geradas nos micro-contextos das interações e também na relação do docente com a instituição de ensino em que atua5. Dessa situação, emerge-se um cenário de efeitos adversos, proporcionando aos docentes um conjunto de

using terms such as Quality of life; Work; Professors and Higher education in the field “subject”. It was included studies that showed reflections about the theme picked out. It was analyzed nine productions, from which it was possible to make a characterization and relate the findings with the perception of quality of life in work in the perspective of higher education professors and factors present in the work routine of professors which influence their quality of life and health. We concluded that this study enable an overview of what have been produced about quality of life related to work of higher education professors.
**Descriptors:** Quality of life; Faculty; Work; Nursing.

**RESUMEN:** El objetivo de este estudio fue identificar y analizar las publicaciones científicas sobre la calidad de vida relacionada con el trabajo de los profesores de educación superior. Esta revisión se basa en una búsqueda bibliográfica desarrollada en el portal de tesis y disertaciones de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, en mayo de 2013, sin tiempo delimitado, haciendo uso de los términos Calidad de vida; Docentes; Trabajo y Enfermería en el campo "tema". Se incluyeron los estudios que mostraron reflexiones sobre el tema elegido. Se analizaron nueve producciones de las cuales fue posible realizar una caracterización y relacionar los hallazgos con la Percepción de calidad de vida en el trabajo en la perspectiva de los profesores de educación superior y Factores presentes en el trabajo diario de los profesores que influyen en su calidad de vida y la salud. Se concluye que este estudio proporciona una visión general de lo que se produce sobre la calidad de vida relacionada con el trabajo de los profesores de educación superior.
**Descriptores:** Calidad de vida; Docentes; Trabajo; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O trabalho tem se apresentado como elemento fundamental nas relações desenvolvidas pelo homem; sendo considerado, cada vez mais, como central na vida dos seres humanos, como meio de sobrevivência, destacando sua influência na existência do trabalhador. Esta centralidade contempla a formação da identidade do ser humano enquanto trabalhador, prolongando-se a todos os espaços de sua existência e da sociedade, incluindo os aspectos sociais, econômicos, políticos e de saúde[1]. No cenário de transformações tecnológicas e sociais da atualidade, reconhecem-se as novas necessidades nas relações de trabalho assim como o surgimento de complexos problemas de diferentes naturezas, os quais afetam os trabalhadores. Nessa perspectiva, entende-se o trabalho como uma atividade de cunho social, formador de identidade e desenvolvimento pessoal dos indivíduos, podendo ser gerador ou não de saúde e qualidade de vida dos mesmos[2]. Desse modo, destaca-se a influência das crescentes transformações de ordem econômica, política, social e técnica que vêm se processando no trabalho, as quais têm exercido forte influência sobre a saúde dos trabalhadores[3]. Diante disso, baseado nas implicações que o trabalho traz para a vida do trabalhador, destaca-se a relevância de abordar a qualidade de vida relacionada ao trabalho. Cabe considerar que qualidade de vida caracteriza-se como um construto de difícil definição em virtude de seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Ter qualidade de vida depende de fatores intrínsecos e extrínsecos ao sujeito, identificando assim uma conotação singular deste conceito para cada indivíduo, dependente, inclusive, de sua inserção na sociedade[4]. Direcionando esta realidade para o contexto de trabalho dos docentes do ensino superior, consideram-se inúmeros os fatores presentes em seu contexto de trabalho capazes de interferir em sua qualidade de vida, de modo que estudos revelam uma variedade de fatores relacionados ao processo de trabalho que podem influenciar na qualidade de vida e saúde dos mesmos. Destaca-se, assim, que estes fatores estão

relacionados às situações geradas nos micro-contextos das interações e também na relação do docente com a instituição de ensino em que atua[5]. Dessa situação, emerge-se um cenário de efeitos adversos, proporcionando aos docentes um conjunto de doenças de natureza psicossomática e física, as quais desempenham significativa influência na qualidade de vida desses trabalhadores[6].

**OBJETIVO**

Objetivou-se, a partir deste estudo, realizar a identificação e análise das publicações científicas acerca da qualidade de vida relacionada ao trabalho dos docentes do ensino superior.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma busca bibliográfica desenvolvida no portal de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no período de maio de 2013. Para esta busca foram utilizados os termos Qualidade de vida; Trabalho; Docentes e Ensino superior no campo "assunto", selecionando a opção "todas as palavras". Foram encontradas 75 produções, dentre as quais 14 teses, 55 dissertações e 06 estudos provenientes de mestrados profissionalizantes. Inicialmente optou-se por especificar a busca utilizando no campo "assunto" a palavra enfermagem com o intuito de identificar especificamente a produção nesta área do conhecimento, porém foram encontrados apenas estudos de enfermeiros docentes, sendo a intenção conhecer as produções acerca dos docentes do ensino superior de outras áreas do conhecimento também. Posteriormente para a seleção dos estudos, realizou-se a leitura dos títulos e resumos dos mesmos, utilizando-se como critérios de inclusão o fato de os trabalhos apresentarem reflexões acerca da temática escolhida, sem recorte temporal delimitado, buscando responder à seguinte questão: O que vem sendo produzido sobre a qualidade de vida relacionada ao trabalho dos docentes do ensino superior? Após esta etapa, constituiu-se o corpus da revisão com 09 produções, sendo todas dissertações de mestrado. Inicialmente foram selecionadas 12 publicações, porém, em virtude de 03 não apresentarem resumos esclarecedores e não estarem disponíveis online, as mesmas foram descartadas. Para a organização dos dados das produções selecionadas, foi utilizado um quadro sinóptico, contemplando informações como título, autor, tipo de estudo, objetivo(s), cenário, sujeitos do estudo, conclusões da pesquisa, local do curso de pós-graduação e ano de publicação. As mesmas foram identificadas pela letra D, referente à dissertação de mestrado, seguidas de uma numeração (D1, D2, D3, sucessivamente) – Quadro 1.

Os dados incluídos no quadro foram submetidos à análise temática MINAYO 2010[7], uma das modalidades da análise de conteúdo, a qual consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado, desdobrando-se assim em três etapas distintas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Diante disso,

realizaram-se as discussões baseadas em referenciais teóricos que norteiam a temática da qualidade de vida relacionada ao trabalho.

**Quadro 1 – Dissertações acerca da qualidade de vida relacionada ao trabalho dos docentes do ensino superior.**

| | | |
|---|---|---|
| Avaliação da qualidade de vida do professor com queixas vocais. | D1 | 2006 |
| Qualidade de vida de professores de licenciaturas. | D2 | 2007 |
| Qualidade de vida no trabalho de docentes de uma faculdade privada do município de São Paulo. | D3 | 2009 |
| Motivação e satisfação no trabalho docente em uma instituição de ensino superior particular: estudo de caso | D4 | 2010 |
| Trabalho e qualidade de vida representações sociais do enfermeiro docente | D5 | 2010 |
| Síndrome de Burnout: um desafio para o trabalho do docente universitário | D6 | 2011 |
| Satisfação no trabalho de docentes de uma instituição pública de ensino superior: reflexos na qualidade de vida. | D7 | 2011 |
| Qualidade de vida no trabalho sob a perspectiva de professores de ensino superior. | D8 | 2012 |
| Qualidade de vida no processo de trabalho do docente de enfermagem. | D9 | 2012 |

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todas as publicações selecionadas são dissertações resultantes de diferentes Programas de Pós-Graduação, sendo que 04 destas produções são oriundas de Cursos de Mestrado em Enfermagem. No que se refere às demais, estas são resultantes de Cursos de Mestrado em outras áreas como: Educação (02 produções); Saúde Coletiva (01 produção); Psicologia (01

produção); Sociedade, Tecnologia e Meio ambiente (01 produção). Em relação às regiões dos programas de origem das publicações, destaca-se a região Sul representada por 03 dissertações, seguida pela região Sudeste (02 dissertações), Nordeste (02 dissertações) e Centro-oeste (02 dissertações). Não foi encontrado trabalho proveniente das regiões Norte, Leste e Oeste entre as produções selecionadas. No que se refere aos anos de publicação, estes variaram de 2006 a 2012, abrangendo um maior número de publicações os anos de 2010, 2011 e 2012, todos eles com 02 produções cada. Os demais anos tiveram 01 publicação cada, restando apenas o ano de 2008 sem nenhum estudo publicado acerca da temática. Quanto à abordagem metodológica, 02 produções apresentaram estudos qualitativos, 03 eram de natureza quantitativa, enquanto 04 referem-se a estudos híbridos, ou seja, com abordagem qualitativa e quantitativa. Os cenários dos estudos foram constituídos pelas instituições universitárias públicas e/ou privadas, dependendo da produção. Já os sujeitos pesquisados foram docentes do ensino superior de diferentes áreas, dentre as quais: Área da Saúde; Área das Ciências Biológicas, Humanas e Exatas; Área das Ciências Sociais e Humanas. Cabe destacar que dentre as publicações selecionadas, um único estudo contemplou mais de um curso da área da saúde, assim como duas produções especificaram a inclusão de docentes com atuação na pós-graduação como sujeitos do estudo, além dos docentes do ensino superior. Além da caracterização exposta, por meio da leitura exaustiva das 09 produções selecionadas foi possível relacionar os achados com a Percepção da qualidade de vida no trabalho na perspectiva dos docentes do ensino superior e Fatores presentes no cotidiano laboral do docente que influenciam em sua qualidade de vida e saúde. A expressão qualidade de vida vem sendo utilizada cada vez mais pelos indivíduos, independente de suas diferenças sociais, nível de escolaridade, cultura, personalidade e do meio em que vivem. Nesse sentido, no que se refere à *percepção da qualidade de vida no trabalho na perspectiva dos docentes do ensino superior*, inicialmente, cabe destacar que esta temática vem sendo construída contemplando significativa parcela de subjetividade[8]. Partindo desse princípio, estudo (D5) expõe a qualidade de vida respaldada nas palavras saúde, família, trabalho e tempo; envolvendo o meio de inserção do trabalhador, assim como relacionando a temática ao contexto de saúde dos mesmos. No que diz respeito à saúde, destaca-se que a definição de qualidade de vida extrapola a ideia de ser compreendida como sinônimo de saúde, mas sim que abrange esta temática[9]. Desse modo, infere-se que saúde e qualidade de vida estabelecem entre si complexas relações, dependentes de um contexto sociocultural e econômico e também de questões físicas e emocionais individuais[2]. Nesse sentido, o conceito não abarca apenas o bem-estar psicossocial, mas a prática em si desdobrada em posturas, atitudes, atividades, hábitos, costumes, relativos a uma determinada fase de desenvolvimento humano[8]. Além disso, a percepção de qualidade de vida apresentada pode ser compreendida como sendo uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial[10]. Ampliando a percepção a partir dos achados, outra produção (D8) aborda esta questão

trazendo a noção de qualidade de vida no trabalho, ancorada aos elementos que dela fazem parte (trajetória individual, aspectos organizacionais e o meio social), na medida em que estes elementos é que influenciam a maneira como os docentes observam a sua atividade profissional e, consequentemente, sua qualidade de vida. Seguindo nesta linha, remete-se (D9) tal compreensão atrelada a elementos como: condições de trabalho, ambiente de trabalho saudável, relacionamentos, reconhecimento profissional, condições financeiras compatíveis com a função, entre outros. Nesta mesma perspectiva, estudo (D2) direciona a percepção dos docentes ao contexto em que a temática foi analisada, estando este permeado por demandas sociais, exigências da profissão e valor atribuído ao trabalho docente. Diante disso, dentre os vários conceitos que podem ser atribuídos ao termo decorrentes de sua complexidade, os estudos mencionados vão ao encontro da ideia a qual refere que múltiplos são os elementos que determinam a qualidade de vida e influenciam diretamente no cotidiano do ser humano, dentre eles: estado de saúde, remuneração adequada, lazer, relações, prazer, entre outros[11]. Além disso, considerando os aspectos mencionados pelos estudos, percebe-se que os indivíduos relacionam a qualidade de vida tanto no que diz respeito ao âmbito pessoal quanto profissional[12]. Observa-se que a expressão conhecida mundialmente, mas seu significado construído coletiva e subjetivamente[8], não aparece como uma definição consensual e objetiva nos estudos analisados. Contudo, embora não haja um consenso a respeito de qualidade de vida por se tratar de um construto, a definição atribuída e pertinente diante dos estudos selecionados explicita a qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações[9]. Entende-se, assim, qualidade de vida como uma expressão subjetiva, desenvolvida na busca do ser humano pela vida, ao encontro da satisfação de seus anseios, percorrendo uma trajetória com a qual interage e que permite a transformação da realidade e de si próprio. No que se refere aos *fatores presentes no cotidiano laboral do docente que influenciam em sua qualidade de vida e saúde,* a partir dos estudos selecionados estes podem ser distribuídos em grupos, caracterizando-os em fatores físicos e/ou biológicos; econômicos e/ou sociais; ambientais e pessoais. No que diz respeito ao primeiro, fatores físicos e/ou biológicos, este pode ser identificado em um dos estudos (D1), o qual aborda a voz como instrumento de trabalho e refere que a ocorrência de problemas nesta dimensão implica de forma negativa na qualidade de vida dos docentes. Considera-se a voz na profissão docente como fator essencial para o desempenho profissional e a atuação em sala de aula, sendo o instrumento mais importante do docente para a execução de suas atividades em virtude de que se faz presente nos processos de socialização[13]. Desse modo, constituindo um dos componentes da linguagem oral e das relações interpessoais, a voz produz impactos na qualidade de vida dos sujeitos, sobretudo daqueles que fazem o seu uso em sua profissão[14]. Desse modo, percebe-se que a voz alterada do docente, enquanto instrumento de trabalho, contribui no comprometimento tanto no que diz respeito às relações de ensino aprendizagem características do seu trabalho, quanto à saúde e vida

desses indivíduos, na medida em que são considerados os demais aspectos vivenciados por esses trabalhadores. Referentes aos fatores econômicos e/ou sociais, estudos (D4, D9) apontam para a remuneração salarial como aspecto significativo, o qual interage no trabalho e reflete na qualidade de vida. Nesse sentido, considera-se o nível de remuneração como um aspecto fundamental para qualquer profissão, sobretudo numa sociedade sob a lógica capitalista, não sendo diferente quando se trata da docência no contexto do sistema educacional brasileiro atual[15]. Nessa perspectiva, o fator remuneração pode ser compreendido diante do salário justo e condizente com a função exercida, referente a uma compensação que proporcione vida digna diante de suas necessidades pessoais, sociais e econômicas[16]. Evidencia-se, diante disso, a relevância deste fator sendo esta atribuída pelos docentes, uma vez que a remuneração salarial é capaz de influenciar na atuação docente em seu ambiente de trabalho, numa perspectiva de valorização do mesmo; assim como na sua qualidade de vida enquanto refletida acerca da garantia das condições consideradas necessárias para a uma vida digna. Em relação aos fatores ambientais, estes se referem às condições físicas e de estrutura do ambiente de trabalho apresentados pelos estudos (D7, D9). De acordo com este dado, o contexto ambiental interfere na qualidade de vida do docente, sendo contemplado por aspectos como a falta de equipamentos, materiais e espaço físico suficientes para a execução de suas atividades[12]. Em pesquisa desenvolvida com docentes universitários corrobora a informação relacionada à falta de equipamento e estrutura inadequada, como forte indicador que influencia significativamente não só na qualidade de vida no trabalho como também no modo que os profissionais relacionam-se entre si[17]. Ainda nessa perspectiva, as más condições sejam físicas ou de estrutura ocasionam insatisfação no profissional, minimizando a potencialidade do seu trabalho[12]. Percebe-se, nesse sentido, que a adequação do docente a essas condições adversas de trabalho, as quais contemplam estrutura física inadequada, materiais e equipamentos depreciados, entre outras, interfere na qualidade de vida no trabalho desses sujeitos envolvidos nesse processo. Além disso, destaca-se a questão da satisfação ou insatisfação no trabalho docente neste contexto, a qual também pode influenciar na qualidade de vida desses profissionais. No que diz respeito aos fatores pessoais, são englobadas questões psicológicas, afetivas e laborais, podendo configurar influência positiva ou negativa na qualidade de vida do docente, dependendo do contexto de trabalho e de sua subjetividade. Estudos (D3, D4, D7) abordam a questão da satisfação no trabalho, contemplando elementos como a motivação advinda da identificação profissional. Quando mencionada a motivação como elemento da satisfação no trabalho de docentes, infere-se que esta variável influencia no desempenho do trabalhador, podendo atuar sobre inúmeras dimensões de seu comportamento, desde o profissional até o social, interferindo na sua saúde, inclusive, na sua qualidade de vida[18]. Isso ocorre em virtude de que o nível de satisfação e motivação do empregado é considerado um fator que pode afetar a harmonia e a estabilidade psicológica no local onde o trabalho é realizado[19]. Além disso, estudos (D6, D7) destacam a realização profissional como relevante para a satisfação, que por sua vez reflete na qualidade de vida

no trabalho docente. Nessa perspectiva, a realização profissional está associada à capacidade funcional laboral e a qualidade do produto final do trabalho, no caso dos docentes, o processo ensino-aprendizagem. Sendo assim, na medida em que o trabalhador não se sente realizado profissionalmente, ele pode sentir-se infeliz e insatisfeito com o seu desenvolvimento profissional, passando a trabalhar somente para o seu sustento[20]. Nesse sentido, compreende-se que a satisfação relacionada à motivação e realização profissional pode ser abordada como base para o bom funcionamento organizacional e o bom funcionamento da docência; assim como, quando inserida no ambiente universitário, possibilita a compreensão de diversas problemáticas enfrentadas neste contexto de trabalho. Ainda nesta categoria dos fatores pessoais, inserem-se as questões laborais relacionadas à repercussão das exigências do trabalho docente percebidas por esses sujeitos, resultando em aspectos como sobrecarga de trabalho (D6, D7, D8) e acúmulo de responsabilidades (D9); os quais contribuem para a sensação de cansaço (D6, D7), exaustão emocional (D6) e estresse (D6).

Dentre questões que contribuem para a sobrecarga de trabalho, destaca-se a desvalorização do papel do docente, a inter-relação pessoal, as cobranças da sociedade, as jornadas de trabalho, entre outras questões, como contribuintes para esse aspecto[6]. Acredita-se que um trabalhador exposto a estes condicionantes tem maior propensão a ter a sua carga de trabalho elevada, uma vez que impõe a estes docentes exigências diferentes provocando acúmulo destas responsabilidades. Estudo realizado, especificamente, com docentes da área da saúde apontou grande comprometimento na qualidade de vida proveniente da sobrecarga de atividades às quais os docentes eram submetidos, sendo a situação agravada pelo excesso de alunos em aulas práticas e insuficiência de material pedagógico[5]. Ressalta-se, a partir das repercussões mencionadas, que dependendo de como a dinâmica de trabalho deste docente é conduzida, esta influencia em sua qualidade de vida e saúde, podendo causar uma exigência maior de que seu corpo e/ou mente podem aguentar, culminando, inclusive, em um processo de adoecimento frente aos condicionantes presentes neste meio.

## CONCLUSÃO

Frente ao exposto, considera-se a relevância do trabalho e de suas implicações na vida dos seres humanos, atingindo elementos de diferentes esferas, sejam elas sociais, econômicas, biológicas e psicológicas. Nesse sentido, destaca-se a qualidade de vida intimamente relacionada a esta temática, sendo um termo abrangente e complexo, o qual envolve a subjetividade dos sujeitos. Considerando essa complexidade, sobretudo referente aos docentes mencionados no decorrer do estudo, ressalta-se a compreensão do termo perpassando por noções de satisfação, motivação, saúde, facilidades no ambiente de trabalho, assim como condições dignas de atendimento às necessidades enquanto seres humanos. Desse modo, diante da busca bibliográfica realizada, observa-se que os estudos têm abordado a temática da qualidade de vida relacionada ao trabalho dos docentes do

ensino superior voltada para questões da percepção acerca do assunto e dos fatores que nele estão envolvidos.
Assim, esse estudo das tendências possibilitou uma visão geral do que vem sendo produzido sobre a qualidade de vida relacionada ao trabalho dos docentes de ensino superior.

**ÁREA TEMÁTICA:** Trabalho**.**

**REFERÊNCIAS:**
1. Marques ACL. Vivência de prazer e sofrimento dos oficiais de justiça numa instituição pública do Distrito Federal [monografia]. Brasília: Universidade de Brasília, Especialização em Psicodinâmica do Trabalho; 2010.

2. Tabeleão VP, Tomasi E, Neves SF. Qualidade de vida e esgotamento profissional entre docentes da rede pública de Ensino Médio e Fundamental no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(12): 2401-2408.

3. Azambuja EP, Kerber NPC, Kirchhof AL. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(3): 355-362.

4. Rocha SSL, Felli VEA. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004; 12(1).

5. Silvério MR et al. O ensino na área da saúde e sua repercussão na qualidade de vida docente. Revista Brasileira de Educação Médica. 2010; 34(1): 65-73.

6. Gomes L. Trabalho multifacetado de professores/as: a saúde entre limites [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública; 2002.

7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

8. Bertuol FP. Qualidade de vida de professores de licenciatura [dissertação]. Curitiba: Pontífica Universidade Católica do Paraná, Mestrado em Educação; 2007.

9. Whoqol, Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. Social Science and Medicine. 1995; 10: 1403-1409.

10. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss, PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva. 2000; 5(1): 7-8.

11. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida – conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 2ª ed. Londrina: Midiograf; 2001.

12. Gomes V. Qualidade de vida no processo de trabalho do docente de enfermagem [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, Mestrado em Enfermagem; 2012.

13. Gomes SR. O trabalho docente e sua relação com o processo ensino-aprendizagem. Web artigos. 2011. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/o-trabalho-docente-e-sua-relacao-com-o-proceso-de-ensino-aprendizagem/69813/> Acesso em: 23 jun. 2013.

14. Penteado RZ, Bicudo-Pereira IMT. Avaliação do impacto da voz na qualidade de vida de professores. Rev. Soc. Bras. de Fonoaudiologia. 2003; 8(2): 19-28.

15. Alves T, Pinto JMR. Remuneração e características do trabalho docente no Brasil: um aporte. Cadernos de pesquisa. 2011; 41(143): 606-639.

16. Mozini AF. Motivação e satisfação no trabalho docente em uma instituição de ensino superior particular: estudo de caso [dissertação]. Presidente Prudente: Universidade de Oeste Paulista, Mestrado em Educação; 2010.

17. Lima MFEM, Lima-filho DO. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a. Ciênc. cogn. 2009; 14(3): 62-82.

18. Ferreira ACM. Satisfação no trabalho de docentes de uma instituição pública de ensino superior: reflexões na qualidade de vida [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, Mestrado em Enfermagem; 2011.

19. Batista AAV et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2005; 39(1): 85-91. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a11v39n1.pdf> Acesso em: 23 jun. 2013.

20. Carlotto MS, Câmara SG. Análise fatorial do Malasch Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. Psicologia em Estudo. 2004; 9(3): 499-505.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# TENDÊNCIA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL DA PÓS-GRADUAÇÃO ACERCA DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO DE DOCENTES

# TREND OF PRODUCTION OF NATIONAL SCIENCE GRADUATE ON THE JOB SATISFACTION OF TEACHERS

# EVOLUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN NACIONAL DE CIENCIAS DE GRADUADO EN LA SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS DOCENTES

SANGOI, Thais Picolin[1]
BECK, Carmem Lúcia Colomé[2]
SILVA, Rosângela Marion[3]
FREITAS, Natiellen Quatrin Freitas[4]
MACHADO, Katiusci Lehnhard[5]
LAMB, Fabricio Alberto[6]
FREITAS, Paula Hübner[7]
CESCA, Rafaela Colomé L.[8]

1Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: thaisangoi@hotmail.com
2Doutora em Enfermagem. Docente Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.
3Enfermeira, Doutoranda em Ciências Dinter UNIFESP-UFRJ/EEAN-UFSM. Membro do grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.
4Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.
5Psicóloga, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.
6Enfermeiro, especialista em Saúde da Família. Membro do grupo de pesquisa "Trabalho Saúde, Educação e Enfermagem" Santa Maria, RS, Brasil.
7Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.
8Acadêmica de Psicologia do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Santa Maria, RS, Brasil.

**RESUMO:** O trabalho exerce influências tanto positivas quanto negativas na saúde do homem. Sendo assim, a satisfação no trabalho é um fator de motivação e saúde para o trabalhador, destacando-se, neste contexto, o docente. Trata-se de um estudo de revisão, cujo objetivo é conhecer as produções científicas referentes à satisfação no trabalho de docentes do ensino público. Para tanto, realizou-se uma busca bibliográfica no Banco de Teses e Dissertações da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), realizadas nos meses de junho e julho de 2013. Utilizou-se as seguintes palavras: "satisfação", "trabalho", "docentes" e "ensino público", todas separadas com ponto e vírgula. Em relação à opção "Nível/Ano Base" primeiramente selecionou-se a opção "mestrado" e posteriormente "doutorado". Como critérios de inclusão, foram selecionadas todas as produções que envolvessem estudos com a satisfação no trabalho de docentes do ensino público, contendo o resumo completo. Sendo assim, foram encontrados dez publicações para a análise. Os estudos foram caracterizados e utilizou-se a análise temática para a análise dos mesmos. Predominaram dissertações, publicadas em 2000, da área da Educação, de Instituições Federais, de abordagem qualitativa, com sujeitos e cenários variados. Os resultados foram agrupados em duas categorias, Fatores positivos: a satisfação no trabalho docente e a desvalorização docente: a insatisfação no cotidiano de trabalho. Conclui-se que o trabalho possui grande influência na satisfação dos trabalhadores e na saúde desses indivíduos.
**Descritores:** Docentes; Satisfação no Trabalho; Ensino Público; Pós-Graduação; Enfermagem.

**ABSTRACT:** The work has both positive and negative influences on human health. Thus, job satisfaction is a motivating factor and health for workers, especially in this context, the teacher. This is a review study, whose purpose is to know the scientific production related to job satisfaction of teachers in public education. Therefore, we carried out a literature search in database of Theses and Dissertations from CAPES (Coordination of Improvement of Higher Education Personnel), held in June and July 2013. We used the following words: "satisfaction", "work", "teachers" and "public education", all separated by semicolons. In relation to the "Level / Base Year" first selected the option "Master" and later "doctorate". Inclusion criteria were selected all productions involving studies of job satisfaction of teachers in public education, containing the complete summary. Thus, ten articles were found in the analysis. The studies were characterized and used for the analysis subject analysis. Predominated dissertations, published in 2000, the area of Education, the Federal Institutions, qualitative approach, with varied subjects and scenarios. The results were grouped into two categories, positive factors: job satisfaction and teaching faculty devaluation: dissatisfaction in daily work. We conclude that the work has great influence on employee satisfaction and health of these individuals.
**Descriptors:** Teachers; Job Satisfaction; Public Education; Graduate; Nursing.

**RESUMEN:** Lo trabajo tiene influencias tanto positivas como negativas en la salud humana. Por lo tanto, la satisfacción laboral es un factor de motivación y la salud de los trabajadores, especialmente en este contexto, el profesor. Se trata de un estudio de revisión, cuyo objetivo es conocer la producción científica relacionada con la satisfacción laboral de los docentes en la educación pública. Por lo tanto, se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos de Tesis y Disertaciones de la CAPES (Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior), celebradas en junio y julio de 2013. Se utilizaron las siguientes palabras: "Satisfaction", "trabajo", "maestros" y "educación pública", todos separados por punto y coma. En relación con el "Nivel / Año Base" primero selecciona la opción "Maestro" y más tarde "doctorado". Los criterios de inclusión fueron seleccionadas todas las producciones que implican los estudios de satisfacción en el trabajo de los docentes en la educación pública, que contienen el resumen completo. Por lo tanto, se encontraron diez artículos en el análisis. Los estudios se caracterizaron y se utilizaron para el análisis sujeto análisis. Disertaciones predominado, publicado en 2000, el área de la educación, las instituciones federales, el enfoque cualitativo, con variados temas y escenarios. Los resultados se agruparon en dos categorías, los factores positivos: satisfacción en el trabajo y la enseñanza de la devaluación facultad: la insatisfacción en el trabajo diario. Llegamos a la conclusión de que el trabajo tiene una gran influencia en la satisfacción del empleado y la salud de estas personas.
**Descriptores:** Los Docentes; Satisfacción en el Trabajo; La Educación Pública; Postgrados; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O trabalho ocupa um lugar central na vida de homens e mulheres, uma vez que por meio dele são atendidas necessidades, assim como nesse processo de produção o ser humano se constrói e se reconhece[1]. Porém, nas últimas décadas, devido às transformações econômicas e sociais decorrentes do processo de globalização, a relação entre o homem e o seu trabalho vem se modificando[2]. Com isso, observa-se o aumento dos ritmos e cargas de trabalho, em detrimento da satisfação dos trabalhadores em executar as tarefas, o que pode repercutir na sua qualidade de vida, interferindo no processo saúde/doença[2]. Nesse sentido, a fim de dar a atenção devida à relação existente entre trabalho e a saúde, conceitua-se a Saúde do Trabalhador como sendo um corpo de estratégias a partir do qual se criam estruturas para o surgimento de uma nova forma de aprender e intervir nos locais de trabalho, assim como de introduzir na Saúde Pública, práticas de atenção à saúde dos trabalhadores[3]. Sendo assim, entende-se que o trabalho pode repercutir de maneira positiva ou negativa na vida do trabalhador, tendo especial importância na organização do trabalho e nas relações existentes no contexto de trabalho[4]. Dentre as questões que permeiam o contexto de trabalho dos trabalhadores, destaca-se a satisfação no trabalho, definida como um estado emocional agradável ou positivo, resultado da avaliação de alguém em relação a seu trabalho ou suas experiências no trabalho[5]. A satisfação no trabalho exerce influência positiva sobre o

trabalhador e pode se manifestar com melhorias em sua saúde, qualidade de vida e comportamento, trazendo benefícios para os indivíduos e para as organizações[6]. Já quando o contrário acontece, a ausência de boas condições no contexto do trabalho pode produzir insatisfação nos trabalhadores, com possíveis prejuízos em seu viver[7]. Considerando este contexto, direciona-se o olhar para o mundo do trabalho do docente, sendo este considerado o principal responsável pelo desempenho dos alunos, da escola e do sistema no contexto de reformas educacionais. Com isso, devido às variadas funções que a escola pública assume na atualidade, os docentes encontram-se, muitas vezes, diante da necessidade de responder a novas exigências[8]. Destarte essas exigências, os docentes enfrentam dificuldades para trabalhar, sentindo-se, por vezes, impotentes e alvos de críticas, sendo responsabilizados pelas falhas do sistema educacional[8]. Diante dessa situação, o trabalho pode ser fonte de insatisfação no trabalho, interferindo de forma relevante na saúde desses trabalhadores.

**OBJETIVO**

Conhecer as produções científicas referentes à satisfação no trabalho de docentes do ensino público.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão realizado por meio de buscas bibliográficas no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), realizadas nos meses de junho e julho de 2013. A pergunta que norteou o estudo foi: O que vem sido produzido acerca da satisfação no trabalho de docentes do ensino público? Para a pesquisa, utilizou-se o campo "assunto", selecionando a opção "todas as palavras", realizando-se com as seguintes palavras: "satisfação", "trabalho", "docentes" e "ensino público", todas separadas com ponto e vírgula. Em relação à opção "Nível/Ano Base" primeiramente selecionou-se a opção "mestrado" e posteriormente a palavra "doutorado". Como critérios de inclusão, foram selecionadas todas as produções resultantes de estudos relativos à satisfação no trabalho de docentes do ensino público mesmo que estivessem junto com instituições privadas, contendo o resumo completo. Não foi utilizado nenhum recorte temporal, visto que não há marco temporal significativo para o estudo. Em relação à seleção da opção "mestrado", inicialmente foram encontradas 40 produções. Num primeiro momento procedeu-se a leitura dos títulos de todos os estudos, selecionando 12 produções. Posterior, realizou-se a leitura dos resumos das mesmas, excluindo as produções que não respondiam ao objetivo da pesquisa e que possuíam o resumo incompleto. No total, restaram 8 dissertações para a análise. Com relação a opção "doutorado", foram utilizadas as mesmas palavras da opção "mestrado", sendo encontrada inicialmente 10 produções. Através da leitura dos títulos e resumos selecionou-se 2 produções. Assim, para análise destas produções foram utilizados 10 estudos científicos. Para facilitar a análise, foi utilizado um quadro sinóptico, o qual contemplava itens como: título, nome do autor e ano de publicação, área do conhecimento, instância da instituição de ensino e nome da

instituição, região dos programas de origem das publicações, abordagem metodológica (se pesquisa qualitativa, quantitativa), modalidade (tese ou dissertação), sujeitos e cenário do estudo e a síntese dos principais resultados. As produções foram identificadas pela letra D de dissertação de mestrado e T de tese de doutorado, seguidas de uma numeração (D1, D2, D3, T1 sucessivamente), inseridas na tabela 1. Sendo assim, os dados descritos no quadro sinóptico foram analisados e utilizados para caracterização dos estudos encontrados, a fim de se ter um panorama geral dessas publicações. Os principais resultados dos estudos foram analisados por meio da análise temática9. Este tipo de análise, uma modalidade de análise de conteúdo, desdobra-se em três etapas: pré-análise, momento em que o pesquisador realiza a leitura exaustiva do material, deixando-se impregnar pelo conteúdo; exploração do material, etapa em que o pesquisador busca encontrar categorias que são expressões e palavras significativas em função das quais o conteúdo será organizado; tratamento dos resultados obtidos e interpretação, etapa em que o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações[9]. Após a leitura das publicações, a qual permitiu compreender e apreender os resultados encontrados em cada estudo realizou-se o agrupamento de fragmentos dos resultados que se repetiam ou eram similares e, a partir disso, foram construídas as categorias. Assim a análise dos resultados deu origem a duas categorias: **Fatores positivos: a satisfação no trabalho docente e a desvalorização docente: a insatisfação no cotidiano de trabalho.**

| Título | Autor (a) | Ano | Categoria e código |
|---|---|---|---|
| **Satisfação no trabalho de docentes de uma instituição pública de ensino superior: reflexos na qualidade de vida.** | Ana Cássia Mendes Ferreira | 2011 | Dissertação (D1) |
| **Empobrecimento e Futuro do Trabalho Docente na visão de Professoras do Ensino Fundamental da rede Pública Estadual do Estado do Rio Grande do Sul.** | Ana Helena Beckenkamp | 2000 | Dissertação (D2) |
| **Satisfação no trabalho de docentes de língua inglesa: um estudo exploratório na rede pública estadual de Palmas – TO** | Deyse Rangel Cesar | 2010 | Dissertação (D3) |
| **Qualidade de vida na carreira docente em educação física do Magistério público** | Jorge Both | 2008 | Dissertação (D4) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **estadual de Santa Catarina** | | | |
| **As representações sociais dos professores sobre o sujeito/profissão docente** | Maria Alice Pinto | 2003 | Dissertação (D5) |
| **A qualidade de vida no trabalho de professores** | Márcia Rios Lamounier Araújo | 2010 | Dissertação (D6) |
| **A LDB/96 e a Qualidade de Vida no Trabalho: Com a palavra os docentes da rede pública em Belo Horizonte** | Ronara Dias Adorno | 2005 | Dissertação (D7) |
| **Qualidade de vida no processo de trabalho do docente de Enfermagem.** | Viviane Gomes | 2012 | Dissertação (D8) |
| **Bem estar do trabalhador docente em educação física da região Sul do Brasil** | Jorge Both | 2011 | Tese (T1) |
| **A formação contínua e a batalha do trabalho real: um estudo a partir dos professores de escola pública de Ensino Médio** | Wanderson Ferreira Alves | 2009 | Tese (T2) |

Tabela 1 – Informações principais e códigos das produções

**Caracterização dos Estudos:** A maioria dos trabalhos são Dissertações de Mestrado (8 produções), sendo 2 Teses de Doutorado, resultantes de programas de Mestrado e Doutorado em Educação (3 dissertações e 1 tese). Entretanto, 06 são resultantes de programas de Mestrado e Doutorado em outras áreas, isto é, Educação Física (1 dissertação e 1 tese), Administração (2 dissertações) e Enfermagem (2 dissertações). Quanto a instância da instituição de ensino, 8 estudos são de instituições federais, seguidos por 1 estudo de instituição estadual e 1 estudo de instituição privada, sendo a região Sul e a região Sudeste as regiões dos programas de origem das publicações com os maiores números (4 produções cada uma), seguidas das regiões Norte e Centro-Oeste com 1 publicação cada. Em relação às instituições, 2 produções eram da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e 2 da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo as outras instituições: Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade de Brasília (UB), Universidade FUMEC (MG), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade de São Paulo (USP), com 1 produção cada. Já os anos variam de 2000 a 2012, sendo os anos de 2011 e 2010 com 2 publicações cada e os outros anos que aparecem (2012, 2009, 2008, 2005, 2003 e 2000) possuem 1 publicação cada. No que se refere à abordagem metodológica, 4 estudos são de abordagem qualitativa e as abordagens qualitativa-quantitativa e quantitativa possuem 3 estudos cada. Quantos aos sujeitos dos estudos, estes variaram, sendo eles de várias

categorias (municipais, estaduais, universitários e técnico-profissionalizantes). Em relação aos cenários dos estudos, estes também foram variados, sendo alguns em escolas municipais, estaduais, universidades públicas e/ou privadas. Sendo assim, além de estudos com instituições de ensino público, foram rastreados também estudos com instituições de ensino privado, vinculados a estudos com instituições públicas. **Categorização dos resultados:** Por meio da leitura dos resumos das 10 produções selecionadas foi possível identificar alguns fatores do cotidiano de trabalho docente que têm influência direta ou indireta na satisfação no trabalho. Sendo assim, foi possível agrupar os principais resultados das produções em duas categorias por similaridade: **Fatores positivos: a satisfação no trabalho docente e a desvalorização docente: a insatisfação no cotidiano de trabalho.** Na primeira categoria elencada **fatores positivos: a satisfação no trabalho docente**, foram encontrados nos estudos (D1, D3, D 6, D7) que a satisfação no trabalho foi relacionada, principalmente, ao trabalho enquanto fator de realização, evidenciando a autonomia desses sujeitos e também às oportunidades que o trabalho oferece aos docentes para fazer coisas nas quais eles se destacam, indicando que os docentes gostam do que fazem. As necessidades humanas podem ser hierarquizadas em cinco níveis ascendentes e dinâmicos: necessidades fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e de autorrealização, tendo o trabalho um papel importante para os sujeitos na medida em que os aspectos relacionados ao trabalho favorecem ou não a satisfação das necessidades humanas[10]. A autonomia é um valor do trabalho relacionado à autoestima e participação na tomada de decisão, é vista a partir da capacidade que cada pessoa tem de se gerir sozinho na realidade imposta pelo ambiente de trabalho, frente às condições, sejam elas de estrutura ou organizacionais[11], ou seja, a autonomia está ligada a liberdade do sujeito enquanto trabalhador. Ressalta-se que os seres humanos ao atingirem as necessidades humanas, eles alcançam também a satisfação necessária para desempenharem melhor suas atividades favorecendo, dessa forma, uma melhor qualidade de vida[12]. Nesse sentido, a produção intitulada Satisfação no trabalho de docentes de uma instituição pública de ensino superior: reflexos na qualidade de vida (2011) (D1) abordou esta questão evidenciando que, de uma forma geral, os docentes estão mais satisfeitos com o trabalho enquanto fator de realização, pois ele permite realizar tarefas nas quais os docentes se destacam e sentem prazer. Sendo assim, evidencia-se a relevância de se estimular a autonomia desses trabalhadores, otimizando a satisfação no trabalho. Em relação às oportunidades que o trabalho oferece aos docentes, há um estudo[13] que evidencia que o desafio do ensino e o ato de ensinar são considerados por muitos professores como extremamente agradáveis e que as relações professor/aluno são frequentemente fontes de satisfação. É neste contexto que a motivação no trabalho se desenvolve, uma vez que o trabalhador que gosta do que faz, sente-se motivado para realizar as suas atividades. Nesse sentido, os professores motivados são mais produtivos, podem ensinar alunos muito motivados e, consequentemente, pode haver um aumento no sucesso dos estudantes[14]. A motivação apareceu nos estudos D1, D3, D6, D7, D8 e T9 como um resultado eficaz para a organização (D6), sendo que a falta de motivação pode

provocar efeitos diretos na qualidade de vida dos trabalhadores. O contrário também é válido (D7, D8), ao longo do tempo a percepção de satisfação do trabalhador pode alterar conforme a motivação (T9) e a importância de diferencias "motivação" de "satisfação" (D3), pois são conceitos com significados diferentes, mas que se complementam entre si. Estes pontos vão ao encontro de que fatores como a satisfação e a motivação no trabalho, impulsionam o trabalhador, trazendo benefícios a ele e também à organização, sendo relevante buscar formas de potencializar a motivação e, consequentemente, a satisfação no trabalho docente. Na segunda categoria elencada **desvalorização docente: a insatisfação no cotidiano de trabalho** evidenciou-se nos estudos (D1, D3, D4, D6, D7, T9), questões referentes à condição de trabalho dos docentes, sendo a remuneração, as relações pessoais e ambiente de trabalho e a inexistência de incentivo ao aprimoramento profissional, as principais citadas que levam à insatisfação no trabalho e que também interferem de forma significativa na saúde desses trabalhadores. As condições de trabalho docente estão relacionadas aos aspectos físicos do ambiente como: número de alunos em sala, quantidade de aulas ministradas durante o dia, distância do deslocamento para a escola, salubridade, condições de espaço no trabalho e remuneração[15]. Diante desse contexto, foi abordada pelas produções: Qualidade de vida na carreira docente em educação física do Magistério público estadual de Santa Catarina (2008) (D4); A qualidade de vida no trabalho de professores de escolas públicas (D6) e A LDB/96 e a Qualidade de Vida no Trabalho: Com a palavra os docentes da rede pública em Belo Horizonte (D7) a insatisfação no trabalho docente ligada a baixa remuneração, obrigando estes trabalhadores a aumentarem a carga e jornada de trabalho, interferindo de forma significativa na saúde dos mesmos. Estas traziam que os docentes destacaram a sua insatisfação com a remuneração e com as condições de trabalho (D4) e que questão financeira tem se revelado fator dificultador entre os docentes da rede pública, obrigando-os a suprir sua renda familiar por meio do trabalho em mais de uma escola sendo que, dificilmente, eles deixam uma delas por mais insatisfeitos que possam estar (D6). A remuneração do trabalho docente parece ser injusta e inadequada, no qual os professores estaduais, principalmente, se queixam de forma generalizada da baixa remuneração, que os obriga a jornada dupla ou tripla de trabalho, reduzindo seu tempo para a família e o lazer (D7). Quanto às relações pessoais no ambiente de trabalho, alguns investigadores[15,16] têm apontado que as condições de trabalho e a remuneração não são mais os únicos fatores de descontentamento na escola, destacando o desgaste gradativo das relações pessoais no ambiente de trabalho. A preocupação em manter o convívio sadio com os demais colegas no ambiente escolar é, frequentemente, afetada pela falta de diálogo com os colegas de trabalho, pelas dificuldades no relacionamento com os estudantes, ou até mesmo com os seus pais[17]. As tensões provocadas pela indisciplina de alunos na sala de aula; pela falta ou insuficiência de apoio pedagógico e dificuldades ligadas às relações e comunicação com a gestão da escola ajudam a reforçar esse quadro[18] de desgaste no contexto de trabalho docente. Estas questões ficaram evidentes no estudo Qualidade de vida na carreira docente em educação física do Magistério público estadual de Santa Catarina

(2008) (D4) onde se constatou que docentes relataram menor satisfação nas dimensões que tratam sobre compensação salarial, autonomia na aplicação de conhecimentos no trabalho e relações pessoais no ambiente de trabalho. O ambiente e espaço físico de trabalho também apareceram como fatores que interferem na qualidade de vida do docente, ocasionando insatisfações ao docente minimizando assim as potencialidades no processo de trabalho. Estes foram descritos pelos docentes pesquisados, evidenciado no trabalho Qualidade de vida no processo de trabalho do docente de Enfermagem (2012) (D8), como a falta de equipamentos, materiais e espaço físico insuficiente. Sendo assim, as condições de trabalho são limitadoras da promoção da qualidade de vida[19] e especificamente as condições de trabalho dos docentes brasileiros são consideradas precárias e têm sido apontadas como causadoras do adoecimento, tanto físico como psíquico[20]. Em relação à falta de incentivo ao aprimoramento profissional, os estudos D2, D6, T10 revelam questões como níveis de descontentamento profissional devido à inexistência de políticas públicas de incentivo e valorização profissional, ou seja, os professores não estão satisfeitos com o Plano de Carreira dos Profissionais de Educação (D6). Destaca-se também a descrença por parte dos docentes em mudanças na legislação por melhorias de trabalho e remuneração (D2) e ainda, outra realidade vivenciada na qual a própria organização do trabalho inviabiliza a participação dos docentes em ações de formação continuada, sobrecarregando-os com turmas, turnos e até mesmo outro emprego, apesar da Secretaria de Estado da Educação de Goiânia, local do estudo, incentivar essas ações (T10). Nesse contexto de desvalorização e más condições de trabalho, ficou evidente que o trabalho tanto pode ser fonte de satisfação como insatisfação para os trabalhadores, tendo esses fatores significativas repercussões na saúde desses trabalhadores. Por isso, acredita-se ser indispensável aos trabalhadores um ambiente e condições de trabalho com qualidade, no qual estes possam desenvolver seu trabalho com satisfação potencializando o processo de ensino-aprendizagem.

## CONCLUSÃO

Ao final do estudo, percebeu-se que o trabalho possui grande influência, não só na satisfação dos trabalhadores, como também na saúde desses indivíduos. Os estudos encontrados referentes à satisfação do trabalho de docentes do ensino público trouxeram fatores positivos no contexto de trabalho docente, os quais eram responsáveis pela satisfação, porém evidenciaram também fatores geradores de insatisfação no trabalho, sendo estes mais evidenciados nos estudos e suas repercussões na qualidade de vida desses indivíduos. Assim, esse estudo das tendências possibilitou uma visão geral do que vem sendo produzido sobre a satisfação no trabalho de docentes do ensino público, destacando-se fatores positivos e negativos dentro do seu contexto de trabalho e as implicações na saúde desses trabalhadores.

**ÁREA TEMÁTICA:** TRABALHO

**REFERÊNCIAS**

1 Codo W. Existe versão saudável de *workaholic.* Revista Digital [periódico na Internet]; caderno especial; 2004; [acesso em 2013 Jun 23]. Disponível em: <http://www.revistadigital.com.br/caderno_especial.asp?NumEdicao=277&CodMateria=2362

2 Silva RM, Beck CLC, Guido LA, Lopes LFD, Santos JLG. Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno. Rev. Texto Contexto Enferm. 2009 18(2): 298-305.

3 Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SM da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2013 Jun 20]; 13(2): 21-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>

4 Dejours C. A loucura do trabalho. São Paulo: Cortez; 1992.

5 Chaves LD, Ramos LH, Figueiredo EN. Satisfação profissional de enfermeiros do Trabalho no Brasil. Acta Paul Enferm. 2011; 24(4): 507-13.

6 Martinez MC, Paraguay AIBB. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. psicol. soc. trab. [periódico na Internet]. 2003; 6(1): 59-78. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/cpst/v6/v6a05.pdf

7 Silveira RS, Funck CR, Lunardi VL, Silveira JT, Avila LI, Filho WDL, Vidal DAS. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. Enfermagem em Foco. 2012; 3(2): 93-6.

8 Oliveira DA. O trabalho docente na América Latina: Identidade e profissionalização. Rev. Retratos da Escola [periódico na Internet]. 2008 jan./dez. [acesso em 2013 Jul 05]; 2(2-3): 29-39. Disponível em: <http//www.esforce.org.br>

9 Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. 2010; São Paulo: Hucitec; p. 412.

10 Maslow AH. A theory of human motivation. Motivation and personality. 2 nd ed. 1970; New York: Harper & Row; p. 35-58.

11 Dias, RLC. O trabalho docente e a questão da autonomia: um estudo a partir das percepções de professores sobre seus ciclos de vida profissional [Dissertação na internet].

Belo Horizonte: Programa de Pós Graduação da Universidade Católica de Minas Gerais; [acesso em 2013 Jul 03].
Disponível em: < http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/educação_DiasRL_1.pdf>.

12 Porto IS, Regis LFLV. A equipe de enfermagem e Maslow: (in)satisfações no trabalho. Rev Bras Enferm. 2006; 59(4): 565-68.

13 Moreira H. A motivação e o comprometimento do professor na perspective do trabalhador docente. Série Estudos. 2005; (19): 209-32.

14 Saglam AC. Motivation of Academics: An Empirical Assessment of Herzberg's Theory. International Journal of Educational Reform. 2007; 16(3): 260-74.

15 Lacaz F. Trabalho e saúde do professor. Plural. 2005: 14-19.

16 Lemos CAF. Qualidade de vida na carreira profissional de professores de Educação Física do magistério público estadual/RS. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Centro de Desportos; 2007.

17 Both J. Qualidade de vida na carreira docente em educação física do magistério público estadual de Santa Catarina. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Centro de Desportos; 2008.

18 Paula ACRR. Por entre tramas e fios: o estresse e o bem-estar de professoras em uma escola pública de Uberlândia – MG. [Dissertação de Mestrado]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Educação; 2009.

19 Spector PE. Satisfação no trabalho e comprometimento com a organização. São Paulo: Saraiva; 2010.
20 Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. Rev Bras Educ Med [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2013 Jun 24]; 34(2): 207-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a04v34n2.pdf>.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O TRABALHO DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA INTERPRETADO POR FIGURAS

# THE NURSING WORK IN PEDIATRIC ONCOLOGY INTERPRETED BY FIGURES

# EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA INTERPRETADO POR FIGURAS

VIERO, Viviani[1]
BECK, Carmem Lúcia Colomé[2]
FREITAS, Paula Hübner[3]
FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva[4]
COELHO, Alexa Pupiara Flores[5]
FREITAS, Natiellen Quatrin[6]
SANGOI, Thais Picolin[7]

1 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM. viviviero@hotmail.com.
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
3 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
4 Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Prefeitura Municipal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
5 Acadêmica do 7º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
6 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
7 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.

**RESUMO**
O trabalho da enfermagem é marcado por exigências e singularidades, especialmente na área da oncologia pediátrica, emergindo questionamentos em relação ao prazer e sofrimento

dos trabalhadores neste cenário. Assim, objetiva-se descrever as percepções atribuídas pelos trabalhadores de enfermagem ao trabalho em oncologia pediátrica, por meio da ação interativa com figuras em sessões de grupo focal, ocorridas no período de março a maio do ano de 2013. A partir da associação com as figuras, o trabalho em oncologia pediátrica emergiu como sinônimo de desafio, cansaço, sobrecarga, sofrimento, mas também de amor, união, esperança, trabalho em equipe, interação com familiares, momentos de alegria, envolvimento e acolhimento. Cada figura escolhida foi interpretada de forma única pelos participantes, cada qual com seu olhar particular. Logo, a utilização da técnica de estímulo com figuras é um modo criativo de instigar os participantes, como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa.
**DESCRITORES:** Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Oncologia.

**ABSTRACT**

The nursing work is pronounced by requirements and singularities, especially in pediatric oncology staff, emerging questions in relation to pleasure and workers suffering in this setting. In this way, this study aims to describe the perceptions attributed by the nursing workers to the pediatric oncology, through the interactive action with figures in sessions of focal groups, occurred in the period of March to May of 2013. From the association with figures, the work in pediatric oncology emerged as a synonym of challenge, fatigue, overburden, suffering, but also love, union, hope, teamwork, interaction with family, happy moments, involvement and welcome. Each chosen figure was interpreted in a unique way by participants, with an own look. Presently, the using of stimulus technique with figures is a creative way to instigate the participants, as a technique of data collection in qualitative research.
**KEY WORDS:** Nursing; Occupational Health; Medical Oncology.

**RESUMEN**

El trabajo de la enfermería es marcado por exigencias y singularidades, especialmente en la área de la oncología pediátrica, emergiendo cuestiones en relación al placer y al sufrimiento de los trabajadores en este senario. Así, se objetiva describir las percepciones atribuidas por los trabajadores de enfermería al trabajo en oncología pediátrica, por medio de la acción interactiva con figuras en sesiones de grupo focal, ocurridas en el periodo de marzo a mayo de 2013. A partir de la asociación con las figuras, el trabajo emergió como sinónimo de desafío, fatiga, sobrecarga, sufrimiento, pero también de amor, unión, esperanza, trabajo en equipo, interacción con la familia, momentos de alegría, envolvimiento y bienvenida. Cada figura escogida fue interpretada de forma única por los participantes. Luego, la utilización de la técnica de estímulo con figuras es un modo creativo de instigar los participantes, como técnica de colecta de datos en la pesquisa cualitativa.
**DESCRIPTORES:** Enfermería; Salud Laboral; Oncología Médica.

**INTRODUÇÃO**

O trabalho no ambiente hospitalar possui inúmeras adversidades como a dor, o sofrimento e a comprovação da finitude humana, observada pela doença e pela morte. Deste modo, os trabalhadores da área da saúde exercem suas atividades na fronteira entre a vida e a morte, o que gera uma sobrecarga emocional diária, também demonstrada a partir das relações com a equipe de trabalho e pelo contexto institucional em que atuam[1]. Nesta perspectiva, insere-se o trabalho da enfermagem, o qual é marcado por inúmeras exigências e singularidades, especialmente na área da oncologia pediátrica. Observa-se que as taxas de incidência para todos os tipos de câncer em crianças e adolescentes têm aumentado na última década. Nos países desenvolvidos e também no Brasil, o câncer infantil é a segunda causa de óbito na faixa etária de 0 a 14 anos, ultrapassado apenas por mortes em decorrência de acidentes[2]. Portanto, verifica-se que o câncer infantil, mesmo com todo progresso tecnológico e científico acerca do assunto, permanece sendo um problema de saúde pública que merece atenção especial, não somente pela complexidade do diagnóstico e tratamento, mas pelas características peculiares da clientela em questão. Neste sentido, assistir ao paciente oncológico pediátrico pode não ser uma tarefa fácil a ser desempenhada pelos profissionais da saúde, especialmente pela enfermagem, a qual possui uma atuação direta junto a este e seus familiares. Assim, refletindo sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica, emergem inúmeros questionamentos em relação ao prazer e sofrimento destes no trabalho, pois comumente se acredita que nesta especialidade existam muitos agravantes geradores de sofrimento, tais como os tabus e preconceitos em torno da doença oncológica, a necessidade de uma assistência peculiar à criança e sua família, os processos de morte e morrer, dentre outros. Por conseguinte, evidencia-se que o trabalho pode ser gerador de sentimentos diversos, ora sofrimento, ora prazer, mas nunca é neutro em relação à saúde, pois favorece seja a doença ou a saúde dos trabalhadores[3], o que torna relevante a pesquisa dos fatores geradores de prazer e sofrimento no trabalho da oncologia pediátrica. Tangenciando esse enfoque, percebe-se que o Grupo Focal (GF) é uma metodologia rica para abordar essa temática, uma vez que valoriza as experiências de cada participante, ao dar voz ao mesmo e também permite a interação grupal, o diálogo e a troca de vivências. A técnica do GF é apropriada nas pesquisas qualitativas, sendo que cada encontro deve ter um objetivo específico, isto é, focalizar uma perspectiva acerca da temática pesquisada, podendo ser utilizadas técnicas de estímulo apropriadas e questões norteadoras para os debates[4]. Partindo desta premissa, esse trabalho tem por intuito destacar o emprego da técnica de estímulo com figuras/imagens para a reflexão acerca do trabalho em oncologia pediátrica, visto que a percepção visual é um modo de relação entre o homem e o mundo que o cerca, sendo que o olhar de quem vê é que organiza a experiência e produz sentido à imagem[5]. O poder da imagem produz sentimentos e emoções, sendo tanto um objeto de contemplação, como geradora de crenças e atos; esta natureza narcisista da mirada (olhar) encerra a dicotomia entre o intelectual/ abstrato (linguagem verbal) e o

corporal/concreto (linguagem não verbal)[5]. Destaca-se ainda, que os recursos gráficos possibilitam uma ação interativa entre o sujeito e as figuras quando confrontados, ajudando na apreensão de como este se sente e vive[6]. Assim, será apresentado a seguir o resultado dessa ação interativa proposta com trabalhadores de enfermagem da oncologia pediátrica.

**OBJETIVOS**

O presente estudo tem por objetivo descrever as percepções/significações atribuídas pelos trabalhadores de enfermagem ao trabalho em oncologia pediátrica, por meio da ação interativa com figuras.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, referente ao projeto de mestrado intitulado "Prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica" realizado com trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) atuantes em oncologia pediátrica, tanto em nível ambulatorial como internação, de um hospital universitário do interior do estado do Rio Grande do Sul. Os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram ser trabalhador de enfermagem do quadro efetivo da instituição, atuante em oncologia pediátrica, sendo excluídos os trabalhadores afastados do trabalho por quaisquer motivos, no período da coleta de dados. Uma das técnicas de coletas de dados empregadas foi o GF, totalizando 04 encontros, no período de março a maio de 2013. Ao optar pelo GF como estratégia metodológica devem ser observados certos apontamentos importantes: o número de grupos deve ser definido em função das variáveis analisadas, mas recomendam-se, ao menos, dois grupos para cada uma, variando conforme a complexidade da temática; o número de participantes pode oscilar entre 6 a 15 pessoas; preconiza-se duração de até duas horas; o local de realização deve ser neutro, fora do ambiente de trabalho, de fácil acesso, agradável e livre de ruídos; o ideal é que os participantes se sentem em círculo para facilitar o campo de visão e a interação no grupo; os dados devem ser registrados por gravação em áudio ou vídeo e anotações em um diário de campo; o grupo deve ser guiado por um moderador, com ajuda dos observadores[7], os quais foram considerados no transcorrer da pesquisa, sendo que o presente relato visa descrever a técnica de estímulo utilizada no primeiro e no quarto encontro, assim como algumas análises resultantes desta. A técnica de estímulo elegida denomina-se "Minha vida pelas figuras", a qual é uma dinâmica de autoconhecimento, que promove a integração do grupo. Foi proposta aos trabalhadores no início do GF, após a apresentação dos objetivos do projeto, dos aspectos éticos e dos contratos com o grupo participante, como forma de entrosamento e início da discussão, direcionada a temática trabalho. Assim, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preenchimento do questionário sóciodemográfico pelos próprios participantes, foi solicitado aos mesmos que escolhessem uma figura, as quais foram previamente recortadas pela pesquisadora e dispostas em uma mesa, e que a relacionassem com o trabalho que

desenvolvem na oncologia pediátrica. Ressalta-se que eram aproximadamente umas 50 figuras, diversificadas, as quais foram escolhidas aleatoriamente pela pesquisadora, mas que pudessem ter algum significado. Posteriormente, os participantes foram convidados a mostrar a figura escolhida e a explanar o porquê da escolha da mesma para os demais integrantes do grupo. Todos relataram a relação da figura com o seu trabalho, sendo que alguns escolheram duas figuras para falar, tentando representar o "lado bom e o lado ruim" do trabalho. As sessões de GF foram gravadas, a partir do consentimento dos participantes para maior fidedignidade na pesquisa. Destaca-se que o projeto passou por todos os tramites éticos necessários a sua execução, atendendo aos princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional em Saúde[8], com parecer favorável do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob o número 11366112.5.0000.5346 em 02 de março de 2013.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Por meio da realização dessa técnica de estímulo foi possível iniciar a discussão acerca do trabalho de enfermagem em oncologia pediátrica, aparecendo aspectos referentes ao prazer e ao sofrimento vivenciado por esses trabalhadores. Ao escolher as figuras, cada participante relembrou aspectos significativos do seu trabalho, emergindo sentimentos, emoções e percepções singulares. O trabalho em oncologia pediátrica foi descrito como um desafio, que muitas vezes, gera tensão e predispõe a riscos o trabalhador de enfermagem, o que foi representado por uma *figura de um alpinista escalando um penhasco*. No entanto, este mesmo participante ainda relacionou o trabalho com união, amor e carinho naquilo que faz, mostrando a *figura das mãos de um adulto e de uma criança juntas, segurando um coração de papel.* Também foi abordado como cansativo, o que foi representado pela *figura de uma mulher com feição de dor segurando uma bolsa térmica na cabeça e um frasco de remédio*, pois exige maior atenção, paciência e envolvimento do trabalhador, sendo diferente do cuidado ao adulto. Ainda foi associado a esperança, por meio da *figura de uma pequena flor lilás nascendo nos trilhos de trem*, destacando que, ao olhar para a criança, não se deve ver apenas a doença ou pensar em finitude, mas pensar em toda a vida, todos os sentimentos que permeiam sua existência. Por conseguinte, foi salientada a questão da família, lembrada por uma *figura de uma família sorridente com três crianças*, visto que em pediatria esta é uma presença constante e necessária, sendo importante esse vínculo familiar para a criança. Foi apresentada a questão da desestrutura familiar que, às vezes, acontece em decorrência do tratamento e também a percepção do sofrimento da família ao chegar para o tratamento oncológico, sendo representado por uma *figura de um olho com uma lágrima caindo*, ao que os trabalhadores relacionaram como sua função tentar amenizar essa dor e angústia. Abordaram ainda que os familiares e pacientes são muito unidos entre si, compartilhando momentos de tristeza e alegria, por meio da *figura de um grande círculo de pessoas de mãos dadas ao ar livre.* O trabalho em equipe apareceu associado a *figuras de duas mãos segurando bonequinhos de papel de mãos dadas e de um*

*grande círculo de pessoas de mãos dadas*, sendo salientada a importância da união e de toda a equipe trabalhar com o mesmo objetivo, ou seja, o êxito do tratamento das crianças. O trabalho em oncologia pediátrica também foi relacionado como desencadeador de sofrimento nos trabalhadores, representado pela *figura de um homem com as mãos na cabeça e fisionomia de dor*. Esse sofrimento foi associado à questão da punção venosa, demonstrado pela escolha da *figura desse procedimento*, o qual causa dor e sofrimento na criança e, consequentemente, no trabalhador que o executa, ainda mais quanto não é bem sucedido. Igualmente, foi relacionado com o fato do trabalhador de enfermagem estar sempre dizendo "não" a criança, em função das inúmeras restrições impostas pela doença e pelo tratamento oncológico, principalmente em relação a alimentação, o que foi lembrado pela escolha da *figura de um hambúrguer*, o qual geralmente é contraindicado para o paciente em determinadas situações. Neste sentido, o trabalho em oncologia pediátrica também foi relacionado como uma longa jornada, elucidada pela *figura de um homem de costas olhando para um longo caminho de uma muralha*, a qual exige certas competências do trabalhador e, às vezes, leva tempo para ser alcançada, sendo que alguns se sentem longe de conseguir fazer tudo o que consideram que deveria ser feito, podendo levar ao sentimento de frustração e sofrimento. Ainda apareceram questões relacionadas à sobrecarga de trabalho característica da profissão da enfermagem e intensificada por problemas de escala e de falta de pessoal, representadas pelas *figuras de uma mulher cheia de coisas ao redor e de três relógios de pulso.* Entretanto, esse trabalho também foi descrito como acolhedor, exemplificado pela *figura de duas mãos segurando um coração que se encaixa como uma peça de quebra-cabeça*, visto que a relação com a criança também faz muito bem ao trabalhador, podendo ser geradora de prazer. Assim, o envolvimento, o vínculo criado com a criança foi destacado e representado pela escolha das *figuras de uma criança careca com os braços abertos, da mão de uma criança junto da mão de um adulto e de outra criança rindo*, sendo que os trabalhadores podem experienciar sentimentos de alegria ou sofrimento decorrentes desse. Foi destacada também a importância de se ter momentos de alegria frente ao sofrimento da oncologia pediátrica, por meio da escolha das *figuras de um bolo de aniversário com velas coloridas e de uma menina no hospital cercada por três palhaços*, trazendo que a descontração, as festas realizadas junto com os pacientes ajudam a minimizar o sofrimento das crianças e fazem muito bem, tanto para os pacientes quanto para os trabalhadores. Percebe-se que os trabalhadores associaram as figuras com vivências diretas do trabalho de enfermagem em oncologia pediátrica, sendo que essas possibilitaram uma interpretação individual, através da relação imagem e emoção5, que após foi explanada ao grupo. A partir da associação com as figuras, o trabalho em oncologia pediátrica emergiu como sinônimo de desafio, cansaço, sobrecarga de trabalho, sofrimento, mas também de amor, união, esperança, trabalho em equipe, interação com familiares, momentos de alegria/descontração, envolvimento e acolhimento. Assim, cada figura escolhida foi interpretada de forma única pelos participantes, cada qual com seu olhar particular, embasado em vivências prévias. Entretanto, ver uma imagem não

é apenas interpretá-la, é também senti-la, isto é, trazer os sentimentos que despertam5, o que apareceu evidenciado nesse trabalho. Aponta-se que todos os participantes da sessão de GF participaram ativamente da técnica, mesmo sendo dito que poderiam optar por não participar, tanto na escolha das figuras como na explanação de suas percepções acerca desta e do seu trabalho, sendo que houve momentos em que alguns se emocionaram ao falar sobre seu processo de trabalho neste local. Destarte, a utilização dessa técnica de estímulo aponta para a dimensão lúdica na pesquisa, destacando-se a criatividade e a interatividade como pontos positivos, especialmente na abordagem qualitativa, visto que a matéria prima das pesquisas qualitativas é composta por um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação, sendo que o verbo principal da análise qualitativa é compreender[9], o que foi facilitado por intermédio da associação com figuras. Os recursos gráficos oferecem uma proposta de abordagem em situação de pesquisa, por meio da utilização de figuras e gravação das falas sobre as cenas apresentadas, facilitando as manifestações mentais e discursivas a partir da associação entre a figura e os significados frente a sua própria história de vida[6]. Várias pesquisas qualitativas lançam mão do emprego de figuras, como em estudos de representações sociais[6], estudos utilizando o método criativo e sensível[10] e também o GF11, nos quais as figuras foram empregadas de diferentes formas, mas contribuíram para a temática pesquisada. Ressalta-se que essa estratégia contribuiu para elucidar o trabalho de enfermagem na oncologia pediátrica, trazendo reflexões à luz da Saúde do Trabalhador e da Psicodinâmica do Trabalho[3], complementadas com as demais técnicas de pesquisa empregadas, como a observação não participante e pelo aprofundamento da discussão oportunizada pelos 04 encontros de GF realizados com os trabalhadores. Por fim, aponta-se que o trabalho é cada vez mais significativo na vida das pessoas, conferindo identidade e podendo caracterizar-se como fonte de prazer e bem-estar ou acarretar problemas de saúde[12]. Assim, é um tema a ser investigado a partir de diferentes enfoques, a fim de desvendar as dimensões e percepções possíveis geradas pela vivência singular de cada trabalhador.

## CONCLUSÃO

A partir da realização das sessões de GF intermediadas pela técnica de estímulo com figuras foi possível perceber que esta alavancou o início das discussões a que se propunha a pesquisa, pela simples ação interativa dos sujeitos participantes com figuras, as quais foram conferidas de significados e sentidos, relacionados ao trabalho destes. Portanto, constitui-se em uma estratégia rica para abordar temáticas complexas que suscitem emoções, sentimentos, além de propiciar um momento de descontração, de entrosamento e de dinamismo no grupo, que facilita a comunicação, a participação e a atenção voltada ao olhar do outro. Entretanto, vale a pena lembrar que para que esta técnica seja bem sucedida, o grupo precisa colaborar e estar envolvido com a temática pesquisada, sendo necessário um número grande de figuras, para que haja a livre escolha e a verdadeira interação do sujeito com a imagem selecionada. Assim, destaca-se a utilização das figuras como um

modo criativo de instigar os participantes, principalmente ao utilizar o GF como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa.

**ÁREA TEMÁTICA:** Trabalho.

**REFERÊNCIAS**

1 Machado AG, Merlo ARC. Cuidadores: seus amores e suas dores. Psicol. Soc. 2008 [acesso em 2012 jul 20]; 20(3): 444-452. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822008000300015&script=sci_arttext.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet] [acesso em 2013 jun 10]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home.

3 Dejours C. A carga psíquica do trabalho. In: Dejours C. Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho/Christophe Dejours, Elisabeth Abdoucheli, Christian Jayet, coordenação Maria Irene Stocco Betiol. 1. Ed.-12. reimpr. São Paulo: Atlas, 2011, p. 21-32.

4 Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. Texto Contexto Enferm out./dez. 2008 [acesso em 2012 abr 20]; 17(4): 779-86. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/21.pdf.

5 Martelli JM. O uso da imagem na pesquisa educacional. PUCPR. Grupo de Trabalho: Educação e comunicação/n. 16. In: 26ª Reunião Anual da ANPEd - Novo Governo. Novas Políticas? - outubro de 2003, Poços de Caldas [acesso em 2013 jun 10]. Disponível em: http:// .anped.org.br reunioes trabalhos os annemilleomartelli.pdf .

6 Miranda FAN, Furegato ARF, Simpson CA, Azevedo DM. Figuras e significados: recursos gráficos na pesquisa de representações sociais. Revista Eletrônica de Enfermagem 2007 Mai-Ago [acesso em 2013 jul 05]; 9(2): 526-36. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a19.htm.

7 Severo TP, Fonseca AD, Gomes VLO. Grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa em enfermagem. REME-Rev. Min. Enferm 2007 jul/set; 2(3):297-302.

8 Brasil. Resolução n0 466/12. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e revoga as resoluções CNS 196/96, 303/2000 e 404/2008. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012 [acesso em 2013 jul 05]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.

9 Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva 2012 [acesso em 2013 jul 05]; 17(3):621-626. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf.

10 Beuter M, Brondani CM, Szareski C, Cordeiro FR, Roso CC. Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. Esc Anna Nery (impr.) 2012 jan-mar [acesso em 2013 jul 05]; 16(1):134-140. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a18.pdf.

11 Zimmermann MH, Martins PLO. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. In: VIII Congresso Internacional de Educação – EDUCERE e III Congresso Ibero-Americano sobre Violência nas Escolas – CIAVE, Curitiba, 2008. Curitiba: Editora Champagnat, 2008, p. 116-125 [acesso em 2013 jul 05]. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/211_86.pdf.

12 Glanzner CH, Olschowsky A, Kantorski LP. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. Rev Esc Enferm USP 2011 [acesso em 2012 jul 20]; 45(3): 716-21. Disponível em: http://www.ee.usp.br/reeusp/.

# ESTUDO DAS TENDÊNCIAS SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA

# STUDY OF THE TENDENCIES ABOUT THE HEALTH OF THE NURSING WORKER IN ONCOLOGY

# ESTUDIO DE LAS TENDENCIAS SOBRE LA SALUD DEL TRABAJADOR DE ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA

VIERO, Viviani[1]
BECK, Carmem Lúcia Colomé[2]
FREITAS, Paula Hübner[3]
FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva[4]
BONADIMAN, Priscila Bolzan [5]
MARCONATO, Cintia da Silva[6]
BIRK, Noeli Maria[7]

1 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM. viviviero@hotmail.com.
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
3 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
4 Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Prefeitura Municipal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
5 Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/UFSM).
6 Enfermeira. Especialista em Cuidados Intensivos. Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/UFSM). Membro do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Hospitalar e Educação em Saúde (GIPES) e do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.
7 Enfermeira. Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem (FIOCRUZ). Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/UFSM).

## RESUMO

Os trabalhadores de enfermagem estão constantemente expostos a várias cargas de trabalho, as quais podem vir a comprometer a saúde dos mesmos ou interferir na qualidade de vida. Neste sentido, este estudo objetivou realizar um estudo das tendências sobre a saúde do

trabalhador de enfermagem, especificamente na área da oncologia, fazendo-se aproximações com o referencial de cargas de trabalho. Trata-se de uma busca bibliográfica desenvolvida no portal de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, em outubro de 2012, a qual se constituiu por um corpus de 14 produções. Foi possível ter uma visão geral do que vem sendo produzido sobre a saúde do trabalhador de enfermagem na área da oncologia, destacando-se a presença da carga psíquica na maioria das produções. Apareceram também as cargas químicas, fisiológica e biológica, entretanto as cargas físicas e mecânicas não foram encontradas nos estudos revisados.
**DESCRITORES:** Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Oncologia.

**ABSTRACT**

Nursing workers are constantly exposed to a lot of workloads, which ones can come to compromise their health or interfere in their quality of life. Given this, this study aimed to perform a study of trends about the health of the nursing worker, specifically in oncology staff, doing approaches with reference of workloads. It is a bibliographic research developed in the portal of theses and dissertations of the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel, in October of 2012, which one is constituted by a corpus of 14 productions. It was possible have a general vision about what is being produced about the health of the nursing worker in oncology, standing out the presence of a psychic charge, in the most of productions. It has shown also the chemical cargoes, physiological and biological, however the physical and mechanical cargoes weren't found in the review studies.
**KEY WORDS:** Nursing; Occupational Health; Medical Oncology.

**RESUMEN**

Los trabajadores de enfermería están constantemente expuestos a variadas cargas de trabajo, que pueden comprometer la salud de los mismos o intervenir en la cualidad de vida. Así, este estudio objetivó realizar un estudio de las tendencias sobre la salud del trabajador de enfermería, especificadamente en el área de oncología, haciendo enfoques con el referencial de cargas de trabajo. Es una busca bibliográfica desarrollada en el portal de teses y disertaciones de la Coordinación de Mejora de Personal del Nivel Superior, en Octubre de 2012, que se constituyó por un corpus de 14 producciones. Fue posible tener una visión general de lo que viene siendo producido sobre la salud del trabajador, destacando la presencia de cargas psíquicas en la mayoría de las producciones. Aparecieron también las carcas químicas, fisiológicas y biológicas, sin embargo las cargas físicas y mecánicas no fueron encontradas en los estudios revisados.
**DESCRIPTORES:** Enfermería; Salud Laboral; Oncología Médica.

**INTRODUÇÃO**

O trabalho tem sido considerado elemento fundamental na sociedade contemporânea, sobrepondo-se à ideia puramente de tarefa, ocupação ou meio de sobrevivência sendo visto, cada vez mais, como categoria central na vida dos homens. Neste sentido, o trabalho passa a ser central na vida e na formação da identidade do trabalhador, perpassando todos os espaços de sua existência e da sociedade, compreendendo a questão social, econômica, política e da saúde[1]. Assim, ressalta-se que o trabalho pode ser gerador de sentimentos diversos, ora sofrimento, ora prazer, mas nunca é neutro em relação à saúde, pois favorece seja a doença ou a saúde[2]. Deste modo, torna-se de suma importância pensar na saúde do trabalhador. Compreende-se por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos sobrevindos das condições de trabalho[3]. Ainda, destaca-se que a saúde no trabalho é vista como expressão de uma integridade física, psicológica e social marcada por vivências de prazer e sofrimento no cotidiano de trabalho, pelo emprego de mediações capazes de mobilizar os trabalhadores na busca de uma relação mais gratificante com o trabalho e pela dinâmica de reconhecimento no trabalho, componente essencial no processo de construção da identidade do trabalhador no campo social[4]. Ao direcionar o olhar para o contexto da enfermagem, buscando analisar a saúde destes trabalhadores, verifica-se que estes estão expostos a várias cargas que comprometem a saúde, suscitando índices elevados de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho[5]. Tangenciando esse enfoque, no campo de estudo das relações entre saúde e trabalho, o conceito de carga de trabalho vem se destacando o qual é originário, principalmente, da ergonomia francesa. Portanto, carga de trabalho é um conceito que busca dar conta da complexa e dinâmica relação entre o trabalhador e seu trabalho, o que pode influenciar ou mesmo determinar seu estado de saúde[6]. Entende-se por cargas de trabalho os elementos do processo de trabalho que interatuam dinamicamente entre si e o corpo do trabalhador, originando processos de adaptação que se manifestam em desgaste, entendido como a perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica[7]. Neste contexto, as cargas de trabalho podem ser classificadas em biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas[7-9]. As cargas fisiológicas e psíquicas têm materialidade interna ao corpo do trabalhador, enquanto as demais possuem materialidade externa. Assim, as cargas fisiológicas e psíquicas só se manifestam por meio de um distúrbio ou de uma doença. Já as demais, ou seja, de materialidade externa, são passíveis de observação no ambiente de trabalho[8]. Portanto, mostra-se relevante a apropriação e aprofundamento desta temática no campo da enfermagem, especificamente na área da oncologia e da saúde do trabalhador, ao que se propõem o presente trabalho.

**OBJETIVOS**

Objetivou-se, a partir desse trabalho, realizar um estudo das tendências sobre a saúde do trabalhador de enfermagem na área da oncologia, realizando aproximações com o referencial de cargas de trabalho.

**METODOLOGIA**

A presente revisão foi realizada por meio de uma busca bibliográfica desenvolvida no portal de teses e dissertações da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), em outubro de 2012. Utilizaram-se os termos Saúde do Trabalhador, Enfermagem e Oncologia como assunto, sendo encontrado um total de 42 produções, das quais 39 dissertações e 03 teses. Prosseguiu-se a leitura dos títulos e resumos destas para a seleção, utilizando-se como critérios de inclusão o fato de os trabalhos apresentarem reflexões acerca da temática escolhida, sem recorte temporal delimitado, buscando responder à seguinte questão: O que vem sendo produzido sobre a saúde do trabalhador de enfermagem atuante na especialidade da oncologia? Assim, após esta etapa, constituiu-se o corpus da revisão por 14 produções, sendo 01 tese e as demais dissertações. Para a organização e a análise dos dados, foi utilizado um quadro sinóptico, contemplando informações como autor(es), cenário(s), sujeitos participantes do estudo, ano de publicação, local do curso de pós-graduação, tipo de estudo, objetivo(s) e conclusão da pesquisa. Os dados tabulados no quadro foram submetidos à análise de conteúdo temática, uma das modalidades da análise de conteúdo, a qual "consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado"[10:316], desdobrando-se em três etapas distintas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Por fim, realizaram-se as discussões à luz de referenciais teóricos que norteiam a temática da saúde do trabalhador. O quadro abaixo apresenta as produções analisadas, com o código (representado por letras em ordem alfabética) e a referência completa das mesmas.

**Quadro 1 – Produções selecionadas e analisadas**

| CÓGIDO E REFERÊNCIA DAS PRODUÇÕES ANALISADAS |
|---|
| A. Meirelles NF. Estresse ocupacional e o centro cirúrgico oncológico no contexto da enfermagem. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Rio de Janeiro/EEAN; 2002. |
| B. Oliveira E. Saúde mental de enfermeiros que cuidam da pacientes com câncer de mama. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica] - USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2003. |
| C. Souto MC. CTI Oncológico: as experiências do trabalhador de enfermagem com os riscos, sofrimento e prazer. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - UERJ/Faculdade de Enfermagem; 2003. |
| D. Silva TM. Biossegurança e responsabilidade profissional do trabalhador de enfermagem no |

| |
|---|
| manuseio de quimioterápicos antineoplásicos. Santa Catarina. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Universidade Federal de Santa Catarina; 2003. |
| E. Okamoto MRY. A morte que invade espaços: vivências de profissionais na instituição hospitalar. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano] – Universidade de São Paulo; 2004. |
| F. Campos RG. Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade de São Paulo; 2005. |
| G. Galleas ES. Prevalência de depressão em acadêmicos de enfermagem que assistem pacientes oncológicos. Santa Catarina. Dissertação [Mestrado em Saúde e Meio Ambiente] – Universidade da Região de Joinville; 2005. |
| H. Nogueira MLF. Afastamentos por adoecimento do trabalhador de enfermagem do ambulatório de uma instituição oncológica. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2007. |
| I. Faria DAP. Morte como desafio afetivo para os profissionais de saúde: ansiedade e sentimentos de quem lida com o paciente terminal com câncer. Rio Grande do Norte. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde] – Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008. |
| J. Morais EN. Riscos ocupacionais para os enfermeiros que manuseiam quimioterápicos antineoplásicos. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2009. |
| K. Maia PG. A atividade da equipe de enfermagem e os riscos relacionados à exposição a quimioterápicos antineoplásicos no setor de oncologia de um hospital público do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz; 2009. |
| L. Mutti CF. Ser-profissional-de-enfermagem-que-cuida da criança que tem doença oncológica avançada que não responde mais aos tratamentos curativos. Santa Maria. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal de Santa Maria; 2011. |
| M. Almeida SMO. Vivências dos enfermeiros acerca da morte em crianças oncológicas. Pernambuco. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Fundação Universidade de Pernambuco; 2011. |
| N. Vilefort LOR. Staphylococcus sp. em profissionais de áreas de apoio de uma instituição oncológica da região centro-oeste. Goiás. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal de Goiás; 2011. |

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Uma breve caracterização dos estudos

A maioria dos trabalhos são dissertações, resultantes de programas de Mestrado em Enfermagem (10 produções). Entretanto, 04 são resultantes de programas de Mestrado em outras áreas, isto é, Ciências da Saúde; Saúde e Meio Ambiente; Psicologia Escolar e do Desenvolvimento e Saúde Pública. Apenas um trabalho resulta de uma tese de Doutorado

em Enfermagem. Em relação às regiões dos programas de origem das publicações, destaca-se a região Sudeste representada por 08 dissertações, seguida pela região Sul (02 dissertações e 01 tese), Nordeste (02 dissertações) e Centro-oeste (01 dissertação). Não foi encontrado nenhum trabalho proveniente da região Norte entre as produções selecionadas. Os anos de publicação variaram de 2002 a 2011, abrangendo um maior número de publicações os anos de 2003 e 2011, ambos com 03 produções cada. Quanto à abordagem metodológica, 08 produções são estudos qualitativos, enquanto 05 possuem natureza quantitativa e 01 refere-se a uma revisão integrativa de literatura. O cenário dos estudos constituiu-se pelo ambiente hospitalar em sua maioria, na área oncológica e os sujeitos pesquisados foram, principalmente, os trabalhadores da equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros), porém alguns estudos também incluíram médicos, equipe administrativa, acadêmicos de enfermagem e de outras áreas.

**Construção de categorias representativas**

Por meio da leitura exaustiva dos resumos das 14 produções selecionadas, foi possível correlacionar os achados com as cargas de trabalho presentes no cotidiano laboral da enfermagem oncológica. Assim, o trabalhador de enfermagem em oncologia pode estar submetido a cargas biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas[9]. Entretanto, as cargas físicas e mecânicas não foram encontradas em correlações com os resumos lidos. Em relação à **carga biológica**, esta se refere à exposição do trabalhador a qualquer tipo de organismo animal ou vegetal passível de causar danos a sua saúde, tais como bactérias, fungos, parasitas e fibras vegetais. Essa exposição decorre, sobretudo, do objeto de trabalho e das condições de higiene ambiental em que este se desenvolve[11]. São os inúmeros micro-organismos e vetores que, geralmente, nos ambientes de trabalho da enfermagem adquirem diferenças qualitativas, sendo assim mais infectantes[8]. Neste sentido, a produção N, intitulada Staphylococcus sp em profissionais de áreas de apoio de uma instituição oncológica da região centro-oeste (2011), abordou esta questão, apontando que nas instituições de saúde o ambiente de trabalho é considerado insalubre por agrupar em um só lugar usuários com ampla diversidade de agravos e micro-organismos como os Staphylococcus sp. (Staphylococcus aureus e estafilococos coagulase negativo-ECN). Esse estudo verificou que 37,7% dos profissionais estavam colonizados por Staphylococcus sp, a maioria ECN, destacando-se o desconhecimento da indicação dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), uso do mesmo uniforme em diferentes instituições de saúde, o hábito de roer unhas e o uso de adornos como fatores de risco para a colonização desses profissionais. Ressalta-se que a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde (NR 32) versa sobre esses riscos, enfocando a importância da proteção do trabalhador de saúde[12]. Esta norma tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas preventivas à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, assim como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, considerando como risco biológico a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos, isto é, aos microrganismos,

geneticamente modificados ou não; às culturas de células; aos parasitas; às toxinas e aos príons[12]. Portanto, destaca-se a importância da higienização das mãos, do uso de barreiras de proteção e da manipulação correta de perfurocortantes pelos trabalhadores como meios de prevenir a exposição aos riscos biológicos[9]. Quanto à **carga química**, refere-se às substâncias presentes no ambiente de trabalho, algumas manipuladas pelo trabalhador para atingir a finalidade do seu trabalho, tais como os pós, os medicamentos, a fumaça, os vapores, os gases, os líquidos e as pastas[8]. Portanto, um dos grandes desafios dos serviços de oncologia é conservar um ambiente quimicamente seguro, visto que inúmeras drogas utilizadas no tratamento do câncer proporcionam risco significativo para o trabalhador[9]. Foi abordada pelas produções: D - Biossegurança e responsabilidade profissional do trabalhador de enfermagem no manuseio de quimioterápicos antineoplásicos (2003); J - Riscos Ocupacionais para os Enfermeiros que Manuseiam Quimioterápicos Antineoplásicos (2009) e K - A atividade da equipe de enfermagem e os riscos relacionados à exposição a quimioterápicos antineoplásicos no setor de oncologia de um hospital público do estado do Rio de Janeiro (2009). Estas traziam questões quanto aos riscos ocupacionais relacionados ao manuseio e administração de quimioterápicos; segurança/biossegurança no manuseio de quimioterápicos; realização de atendimentos simultâneos afetando a qualidade da assistência e a saúde/segurança dos trabalhadores; espaço físico incompatível com o fluxo; dificuldades de interação com a equipe médica e demais profissionais; qualidade insatisfatória de materiais e mobiliários; deficiência na qualidade e quantidade de EPIs; alocação deficiente de profissionais em qualidade e quantidade; programas de treinamento e educação em serviço assistemáticos; negligência dos funcionários na paramentação específica e falta de obrigatoriedade no controle médico específico dos trabalhadores.

Assim, torna-se imprescindível os serviços de oncologia atentarem para as legislações que trazem o risco de exposição às cargas químicas, tais como a NR 32, a resolução COFEN 257/2001 e a RDC nº 220/2004, as quais devem nortear o manuseio e a administração de antineoplásicos de modo seguro para os trabalhadores dessa área de atuação[12-14]. A NR 32 aponta dois tipos de acidentes que podem ocorrer com relação aos quimioterápicos: ambiental, que se refere à contaminação do ambiente devido à saída da droga quimioterápica do envase no qual está acondicionada, seja por derramamento ou por aerodispersóides sólidos ou líquidos; ou pessoal, relacionado à contaminação gerada por contato ou inalação dos quimioterápicos antineoplásicos em quaisquer das etapas do processo, apontando as condutas e procedimentos que devem ser adotados nestas situações e a relevância das medidas preventivas e capacitações com os trabalhadores envolvidos[12]. A resolução COFEN 257/2001 dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos, sendo facultado ao enfermeiro o preparo das drogas quimioterápicas, mas cabendo-lhe inúmeras outras atribuições, tais como a administração destas, a realização de consultas de enfermagem, a elaboração de protocolos terapêuticos, dentre outras[13]. Já a RDC nº 220/2004 refere-se ao regulamento técnico de funcionamento dos serviços de terapia antineoplásica, elencando as atribuições da equipe

multiprofissional de terapia antineoplásica, as boas práticas de preparação e administração da terapia antineoplásica e medidas de biossegurança[14]. Quanto às **cargas fisiológicas**, estas resultam da maneira de se realizar o trabalho e são constituídas por elementos como esforço físico e visual, movimentos e posições assumidas no cumprimento de tarefas, espaço de trabalho disponível, ritmo e duração da jornada de trabalho, assim como turnos noturnos e rotativos[11]. Salientam-se as posições inadequadas e a ruptura no ciclo circadiano[8]. Esta carga apareceu associada aos estudos A, C, F, H e I, os quais abarcaram discussões acerca da sobrecarga de trabalho; recursos humanos insuficientes; diferentes cargas de trabalho no cotidiano da enfermagem; esgotamento físico; doenças associadas ao trabalho ou agravadas pelo desempenho profissional; os trabalhadores referem chegar dispostos ao trabalho, mas saem indispostos mental e fisicamente; número de pacientes atendidos e duplos empregos. Neste sentido, sabe-se que o trabalho de enfermagem é realizado geralmente em pé, com deslocamentos frequentes, posições inadequadas e com a manipulação de pesos excessivos, o que implica na ocorrência de cansaço (desgaste) e adoecimento[15]. Frente a exposição à carga fisiológica, os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) são os mais frequentes problemas de saúde relatados pelos trabalhadores de enfermagem. Igualmente, o trabalho em turnos expõe os trabalhadores, devido às mudanças nos ritmos circadianos, sobrevindas especialmente do trabalho noturno, sendo que a privação do sono e as mudanças dos níveis de melatonina podem causar alterações como gastrites, obesidade, insônia, diminuição da capacidade de julgamento e de atenção e cânceres[15]. Já as **cargas psíquicas** são constituídas pelas fontes de estresse presentes no processo de trabalho, se relacionando com todos os determinantes do estresse e com as demais cargas de trabalho[11]. Estas expõem os trabalhadores aos desgastes mentais, resultantes de condições inadequadas de trabalho, tais como relações assimétricas na equipe de enfermagem e multiprofissional, exposição à violência psíquica (representada por assédio moral, abuso e ameaças, perseguição, assédio sexual, assédio racial e agressão psíquica) e outras[15]. Ainda, as cargas psíquicas podem ser classificadas de dois modos: sobrecarga psíquica e sub-carga psíquica, sendo que "a sobrecarga psíquica é causada por situações de tensão prolongada, enquanto a sub-carga, pelo uso limitado do conhecimento e habilidades do trabalhador em desenvolver seu trabalho" [8:117]. A carga psíquica apareceu representada em grande parte dos estudos, isto é, nas produções A, B, C, E, F, G, H, I, L e M. Estas assinalaram questões como relações pessoais conflituosas; satisfação no trabalho; ambiente de trabalho estressante; envolvimento emocional na relação enfermeiro/paciente; identificação com os pacientes; sentimentos geradores de sofrimento no trabalho; falta de autonomia na equipe de saúde; não poder escolher a área de atuação; percepção de sentimentos de prazer/sofrimento no trabalho; morte; terminalidade; burnout; depressão; presença de transtornos mentais e comportamentais nos trabalhadores; absenteísmo; cuidados paliativos e trabalhar com crianças com câncer. Nesta perspectiva, a ansiedade, estresse e burnout podem estar relacionados ao sofrimento no trabalho suscitado pelo cuidado aos pacientes e pela violência psíquica sobrevinda do relacionamento com os

pacientes, pares e equipe multidisciplinar[15]. Portanto, atuar na área oncológica pode trazer aos trabalhadores momentos de tristeza e sofrimento, pois estes "entram em contato contínuo com situações de enfrentamento que colaboram para a ocorrência de estresse e depressão relacionada à dor e a perda"[16:23]. A morte é um tema que gera muito desconforto entre os trabalhadores da saúde, pois demostra a fragilidade da vida e a impotência diante de certas situações, visto que "a morte, apesar de inevitável em algum momento da vida do ser humano, não é uma questão simples de ser discutida, uma vez que, em nossa cultura, muitas vezes é representada pelo pavor e pela não aceitação"[17:42]. Deste modo, os trabalhadores da equipe de enfermagem, ao vivenciarem a morte de pacientes sob seu cuidado a sentem como um fracasso, pois desde sua formação foram ensinados a tratar, a curar, a buscar a vida e combater a morte. Assim, a própria característica da área de atuação leva o trabalhador a lidar constantemente com situações de sofrimento, tal como a morte do paciente assistido, atrelada as demais situações conflitivas do ambiente de trabalho e da própria enfermagem, as quais podem ocasionar um desgaste maior e, consequentemente, favorecer o adoecimento do trabalhador. Ainda, além do adoecimento propriamente dito, as condições de trabalho e a exposição dos trabalhadores às cargas implicam em consequências a médio e longo prazo, como a diminuição da capacidade para o trabalho; absenteísmo; elevado custo dos afastamentos; morte dos trabalhadores e sobre a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Assim, as cargas de trabalho a que os trabalhadores de enfermagem estão sujeitos permitem denominar esse trabalho como penoso, perigoso e insalubre[15]. Percebe-se, portanto, que o processo de trabalho da enfermagem é constituído por um conjunto de cargas, cada qual com riscos particulares a saúde física e mental de seus trabalhadores. Logo, atentar às cargas de trabalho presentes na enfermagem oncológica, especialmente a carga psíquica destacada em grande parte das produções, é imprescindível, visto as inúmeras consequências destas na vida dos mesmos. Por fim, ressalta-se a importância do investimento em programas educacionais voltados a capacitação quanto aos fatores de riscos presentes no cotidiano laboral, além de atividades alternativas direcionadas a manutenção da saúde mental. Ainda, observa-se a importância de conhecer as legislações e normas que regulamentam as atividades de enfermagem nos serviços de oncologia, para assim poder exigir o cumprimento dos direitos e deveres atribuídos tanto aos trabalhadores como às instituições de saúde.

## CONCLUSÃO

Esse estudo das tendências possibilitou uma visão geral do que vem sendo produzido sobre a saúde do trabalhador de enfermagem na área da oncologia, destacando-se a presença das cargas de trabalho. As cargas físicas (vibrações, radiações ionizantes, umidade, temperatura, ventilação e iluminação artificial) e mecânicas (tecnologias envolvidas, instrumentos perfurocortantes) não foram encontradas em correlações com os resumos lidos, sendo que as produções abordavam, em sua maioria, a carga psíquica relacionada a área da oncologia. Apareceram também as cargas químicas, fisiológica e biológica. Nesta

perspectiva, evidencia-se a importância de atentar para o cotidiano laboral dos trabalhadores de enfermagem em oncologia, sob o foco da saúde do trabalhador, observando as cargas a que estão submetidos e as maneiras de preveni-las. Esta prevenção pode ocorrer de formas diversas, dentre elas por meio da conscientização; da realização de capacitações e da vigilância quanto às leis que regulamentam o funcionamento dos serviços; através da realização de grupos; espaços de escuta e acompanhamento psicológico, almejando assim, uma maior segurança e qualidade de vida no trabalho.

**ÁREA TEMÁTICA:** Trabalho.

**REFERÊNCIAS**

1 Marques ACL. Vivência de prazer e sofrimento dos oficiais de justiça numa instituição pública do Distrito Federal. Brasília. Monografia [Especialização em Psicodinâmica do Trabalho] – Universidade de Brasília; 2010 [acesso em 2012 jun 20]. Disponível em: http://www.aojus.org.br/AOJUS/arquivos/artigo%20final%20Angelita%20de%20Carvalho.pdf.

2 Dejours C. A carga psíquica do trabalho. In: Dejours C. Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho/Christophe Dejours, Elisabeth Abdoucheli, Christian Jayet, coordenação Maria Irene Stocco Betiol. 1. Ed.-12. reimpr. São Paulo: Atlas; 2011. p. 21-32.

3 Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [acesso em 2012 out 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf.

4 Mendonça H, Mendes AM. Percepção de justiça e saúde mental no trabalho. Anais do 1º Congresso Internacional sobre Saúde Mental no Trabalho. Goiânia. Maio de 2004 [acesso em 2012 jun 20]. Disponível em: http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2004/saude_mental/anais/artigos.htm.

5 Sarquis LMM, Cruz EBS, Hausmann M, Felli VEA, Peduzzi M. Uma reflexão sobre a saúde do trabalhador de enfermagem e os avanços da legislação trabalhista. Cogitare enferm. 2004 jan./jun [acesso em 2012 out 15]; 9(1):15-24. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1701/1409.

6 Bossi MLM. Trabalho e subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. Rev. Nutr. 2000 maio/ago [acesso 2012 out 15]; 13(2): 107-115. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732000000200005.

7 Laurell AC, Noriega M. Processo de Produção e Saúde – Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Huctec; 1989.
8 Kirchhof ALC, Lacerda MR, Sarquis LMM, Magnagno TSB, Gomes IM. Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. Colombia Médica. 2011 Abr./Jun [acesso 2012 nov 15]; 42 (2): 113-19. Disponível em: http://www.bioline.org.br/pdf?rc11047.

9 Steffens AP. Os desafios da Saúde do Trabalhador no Cotidiano da Oncologia Pediátrica. In: Malagutti W. Oncologia pediátrica: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2011. p. 103-112.

10 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

11 Facchini LA. Uma contribuição da Epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à Saúde do Trabalhador. In: Rigotto RM (org). Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes; 1994. p. 178-86.

12 Brasil. Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde (NR 32) [acesso em 2012 nov 15]. Disponível em: http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr32.htm.

13 Brasil. Resolução COFEN 257/2001 [acesso em 2012 nov 15]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2572001_4295.html.

14 Brasil. RDC nº 220/2004 [acesso em 2012 nov 15]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislação.../Res_220.pdf.

15 Felli VEA. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. Enfermagem em Foco 2012 [acesso em 2013 jul 28]; 3(4): 178-181. Disponível em: http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/379.

16 Bittencourt AR. As representações do enfermeiro em oncologia: expressões da resiliência. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2009 [acesso em 2011 jul 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Ailse_Bittencourt.pdf.

17 Sousa DM, Soares EO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jan-Mar [acesso em 2013 jul 28]; 18(1): 41-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05.pdf.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# CONHECIMENTO DE TRABALHADORES DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA SOBRE RESÍDUOS SÓLIDOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

LOPRESTI, Juliana Corrêa[1]
DIAZ, Paola da Silva[2]
SALDANHA, Viviane Segabinazzi[3]
SILVA, Natalina Maria da[4]
PERES, Roger Rodrigues[5]
CAMPONOGARA, Silviamar[6]

1Relatora. Acadêmica do 6º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Integrante do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem". Eixo temático "Saúde e Meio Ambiente" da UFSM. Email: juliana-lopresti@hotmail.com
2 Enfermeira, Mestre. Integrante do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem". Eixo temático
"Saúde e Meio Ambiente" (UFSM).
3 Enfermeira, Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Integrante do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde,
Educação e Enfermagem". Eixo temático "Saúde e Meio Ambiente" (UFSM).
4 Enfermeira, Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Integrante do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde,
Educação e Enfermagem". Eixo temático "Saúde e Meio Ambiente" (UFSM).
5 Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
6 Enfermeira, Doutora, Professor adjunto, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

## RESUMO

**Introdução:** A questão dos resíduos dos serviços de saúde é de uma relevância inquestionável, tanto nos contextos da segurança dos profissionais de saúde e da preservação e conservação domeio ambiente, como no âmbito da construção de novos paradigmas de atenção à saúde. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos trabalhadores atuantes em Unidades de Terapia Intensiva sobre o gerenciamento dos resíduos hospitalares. **Método:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória desenvolvida em duas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul. Constituíram-se sujeitos do estudo os trabalhadores atuantes nos setores. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e observação não participante. A análise dos dados foi realizada com base no referencial proposto para análise de conteúdo. **Resultados:** Infere-se que foi possível identificar a preocupação dos sujeitos em relação ao volume de resíduos hospitalares produzidos, tendo em vista a utilização de materiais descartáveis, bem como apontam um

conhecimento escasso a cerca da destinação final desses resíduos, e, ainda, um conhecimento limitado a cerca do que é um resíduo sólido. **Considerações:** O estudo realizado permitiu constatar a necessidade de maiores investimentos em elaboração de estratégias que busquem contemplar um adequado gerenciamento de resíduos em unidades de terapia intensiva, vislumbrando garantir qualidade em saúde e proteção ao meio ambiente.

**DESCRITORES: Resíduos Sólidos; Gerenciamento de Resíduos; Meio Ambiente.**

**ABSTRACT**

**Introduction:** The waste matter of health services is an undoubtedly important both in the context of the safety of healthcare workers and the preservation and conservation of the environment as in the construction of new paradigms of health care. **Objective:** To study the perception of the employees working in the Intensive Care Unit on the management of hospital waste. **Method:** This manuscript specifically addresses data on the perception of employees on the issue of hospital solid waste. This is a survey with a qualitative descriptive-exploratory developing in two intensive care units of a university hospital in Rio Grande do Sul were constituted the study subjects workers and students working in the fields. Data were collected through semi-structured interviews and non- participant observation. Data analysis was performed based on the proposed framework for content analysis. **Results:** It is inferred that it was possible to identify the subject of concern in relation to the volume of medical waste produced in order to use disposables, as well as show a little knowledge about the disposal of such wastes, and also a limited knowledge about what is a solid residue. **Considerations:** The study revealed the need for greater investment in the development of strategies that seek to include an adequate waste management in intensive care units, glimpsing ensure quality health and environmental protection.

**DESCRIPTORS: Solid Waste; Waste Management; Environment.**

**RESUMEN**

**Introducción:** El material de desecho de los servicios de salud es, sin duda, una importante tanto em el contexto de la seguridad de los trabajadores de la salud y la preservación y conservación del medio ambiente como en la construcción de nuevos paradigmas de atención de la salud. **Objetivo:** Estudiar la percepción de los empleados que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos en el manejo de desechos hospitalarios. **Método:** Este manuscrito se refiere específicamente a los datos sobre la percepción de los empleados sobre la cuestión de los residuos sólidos hospitalarios. Esta es una encuesta con el desarrollo cualitativo descriptivo-exploratorio en dos unidades de cuidados intensivos de un hospital universitario de Rio Grande do Sul se constituyeron los sujetos de estúdio los

trabajadores y estudiantes que trabajan en los campos. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas y observación no participante. El análisis de datos se realizó en base a la propuesta de marco para el análisis de contenido. **Resultados:** Se infiere que era posible identificar el tema de preocupación en relación con el volumen de los desechos médicos producido con el fin de utilizar materiales desechables, así como muestran un poco de conocimiento acerca de la eliminación de tales desechos, y también un conocimiento limitado acerca de lo que es un resíduo sólido. **Consideraciones:** El estudio puso de manifiesto la necesidad de una mayor inversión en el desarrollo de estrategias que buscan incluir una adecuada gestión de residuos en las unidades de cuidados intensivos, vislumbrando garantizar la salud de calidad y protección del medio ambiente.

**DESCRIPTORES: Residuos sólidos; Gestión de resíduos; Medio Ambiente.**

## INTRODUÇÃO

A preocupação com os resíduos gerados pelas diversas atividades humanas é recente, em especial os advindos dos serviços de saúde. As Resoluções nº306 da Agência Nacional do Meio Ambiente – Anvisa, de 2004[1] e nº358 do Conselho Nacional do Meio Ambiente – Conama, de 2005[2], representaram um marco, visto que estabeleceram a harmonização entre os órgãos regulatórios a respeito dos resíduos de serviços de saúde (RSS) e transferiram a responsabilidade do manejo para os geradores. Existe, também, a preocupação de autoridades internacionais com a questão dos diferentes resíduos gerados pela comunidade e, não somente, com os resíduos gerados pelos serviços de saúde[3]. Neste sentido, um dos grandes desafios encontrados em diferentes países, no que diz respeito ao meio ambiente, encontra-se centrado nas normas de regulação e destino final[4]. Este assunto representa um problema crítico, pois constitui ameaça direta para a saúde humana, bem como, para o meio ambiente[5], principalmente quando estudos reforçam que aproximadamente um quarto dos resíduos produzidos pelos serviços de saúde é considerado perigoso, com potencial de risco para os trabalhadores da saúde e para a comunidade[6]. A publicação da Lei Federal nº12.305 de 2 de agosto de 2010[7], que instituiu a Política Nacional de Resíduos Sólidos, significa outro avanço na busca da adoção de procedimentos apropriados. Neste contexto, os chamados resíduos] sólidos de serviços de saúde (RSSS), por suas características, necessitam de processos diferenciados no manejo, exigindo ou não tratamento prévio para a disposição final[8]. Estes materiais, quando gerenciados incorretamente, podem gerar danos irreversíveis ao meio ambiente, visto que possuem uma posição de serviços de saúde é de uma relevância inquestionável, tanto nos contextos da segurança dos profissionais de saúde e da preservação e conservação do meio ambiente, como no âmbito da construção de novos paradigmas de atenção à saúde. Destaca-se ainda, que é possível que a não inserção da abordagem da temática resíduos sólidos no processo de formação profissional seja um aspecto importante para justificar o que acontece, hoje, em relação a esses resíduos, tanto nos estabelecimentos de saúde, como no meio ambiente[10]. Neste sentido, tem-se como

objetivo da investigação: conhecer a percepção dos trabalhadores e estudantes atuantes em Unidades de Terapia
Intensiva sobre o gerenciamento dos resíduos hospitalares. Essa compreende diversos aspectos relacionados ao tema, no entanto, o manuscrito aqui apresentado aborda especificamente os dados relativos a percepção dos sujeitos sobre a temática dos resíduos hospitalares sólidos. Pois, acreditaseque as percepções possam influenciar o modo de segregação dos resíduos e visualização do processo de gerenciamento dos mesmos.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, realizada com 16 trabalhadores da área da saúde atuantes em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal de um hospital público do sul do Brasil. Os dados foram coletados durante os meses de novembro e dezembro de 2012. Com o intuito de manter-se certa proporcionalidade entre os sujeitos, optou-se por fazer uma amostragem aleatória (mediante sorteio). Constituíram-se como critérios de inclusão todos os trabalhadores que estivessem inseridos na unidade durante o período de coleta de dados. Já, os critérios de exclusão, abrangeram os trabalhadores que estavam em período de férias, bem como, em qualquer tipo de licença no período de coleta de dados. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e observação não-participante. Os sujeitos foram abordados e questionados sobre o interesse em participar do estudo. Diante de uma resposta afirmativa, procedia-se o agendamento da entrevista. As entrevistas foram realizadas em local reservado. Essas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra pelos próprios pesquisadores. Identificou-se os sujeitos de acordo com as duas letras iniciais do nome da atividade laboral exercida na instituição, seguidas de um número correspondente à ordem de cada entrevista. A saber: MR (médico residente); M(médico); E(enfermeiro); TE(técnico de enfermagem); FL(funcionário da limpeza), FS(fisioterapeuta). Na sequência, os dados foram analisados de acordo com o referencial proposto para análise de conteúdo(11) obedecendo às seguintes etapas: reunião do corpus de análise, realização de leitura flutuante dos achados, realização de leitura aprofundada a fim de constituir categorias de análise, e, análise interpretativa das categorias e discussão com a literatura pertinente. A pesquisa os princípios da Resolução Nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo provada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição, sob o Nº 05428612.5.0000.5346.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Por se tratar de um estudo com abordagem qualitativa, os resultados obtidos se encontram mesclados com o processo interpretativo e com a discussão através dos dados da literatura que fundamentam a pesquisa. Destaca-se também a presença dos recortes de depoimentos dos participantes, a fim de que estes auxiliem a compreensão dos achados, tornando visível a concepção e as expressões dos depoentes. Os resultados apresentados neste estudo

referem-se à abordagem sobre os resíduos hospitalares sólidos. Com a intenção de atender os objetivos da pesquisa, os sujeitos entrevistados foram instigados a refletir a cerca dos resíduos hospitalares e o meio ambiente. Logo, apontaram uma **preocupação com a grande geração de resíduos,** basicamente atrelada a utilização de produtos descartáveis com consequente produção de elevado volume de resíduos, conforme se verifica por meio dos depoimentos a seguir: *Eu penso assim, que se ele fosse assim separado, reciclado bem certinho poderia ajudar diminuir a quantidade de lixo [...] porque a gente descarta horrores de materiais por dia [...]* (TE04)

*[...] acho que o lixo hospitalar é bem preocupante pelo volume gerado [...] Claro que a gente tem quase tudo descartável e precisamos pensar na proteção da gente, mas vimos que algumas coisas são usadas de forma desmedida [...]* (E04)

Os trechos apontam que os resíduos hospitalares são observados através do uso cada vez maior de instrumentais e rouparia descartáveis, devido ao avanço das doenças infecto-contagiosas e pela pressão para reduzir os índices de infecções hospitalares. Não obstante, fica evidente que a correlação positiva reflete no manejo dos resíduos, que tem causado sérias implicações para a saúde ambiental, incluindo-se ai a saúde das pessoas, fazendo-se necessário que os profissionais inseridos nos serviços de saúde, responsáveis pelo manejo dos resíduos hospitalares, tenham uma visão mais abrangente para o enfrentamento dessa problemática. Com isso, emerge uma necessidade pensar a realidade de um modo mais complexo, pois assim é possível que haja uma maior percepção sobre a importância dos impactos ambientais causados por um descuido no tratamento dos resíduos hospitalares. É preciso que esses trabalhadores tenham a sociedade precisa de uma nova concepção de ambiente e de cidadania, e seus princípios devem ser sempre a base para qualquer ação ambiental: participação, pensamento crítico-reflexivo, sustentabilidade, ecologia de saberes, responsabilidade, continuidade, igualdade, conscientização, coletividade, emancipação e transformação social[12]. Logo, a preocupação com o problema gerado pela produção de rejeitos não deve ser apenas da alçada do poder público. O gerador (profissionais) também deve estar envolvido na busca de soluções, refletindo sobre as questões relevantes da atualidade, do seu papel na sociedade e nas relações de respeito com o meio ambiente e com a humanidade[13]. Nessa perspectiva, identificou-se que os sujeitos também apontam uma **preocupação com o destino final dos resíduos hospitalares**, bem como seus possíveis danos ao meio ambiente e também às pessoas, como mostram os trechos.

*[...] algumas coisas assim são bem preocupantes como o destino desse lixo todo, mesmo os que a gente joga no expurgo, no ralo da pia e que contamina as águas.* (E04)

*[...]deve ser feita a separação correta pra que cada um tenha seu destino pra evitar contaminar, não ir pra lugares errados, bem descartado no local adequado pra evitar que vá contaminar a terra, a água ou até mesmo as pessoas. (TE01)*

*[...] o resíduo que não é descartado adequadamente, que fica fora do local próprio do armazenamento, que fica jogado, tem um monte de gente que se pica com esse material que*

*fica jogado, e que provavelmente se ficar em contato com o meio ambiente vai contaminar mais pessoas.* (RM02)

Em geral, o estudo revelou que os trabalhadores das unidades de terapia intensiva pesquisadas possuem um conhecimento escasso acerca do destino final dos resíduos resultantes da assistência à saúde prestada por eles. Apontam ainda que a partir da separação correta dos resíduos é possível que haja a diminuição do risco tanto de contaminar o meio ambiente, como as pessoas que lidam com esse tipo de lixo. A perspectiva anteriormente descrita assemelha-se com a de trabalhadores e estudantes de um Pronto Socorro, sujeitos de outro estudo, a medida que esses possuíram um conhecimento tácito acerca do gerenciamento dos resíduos sólidos dos serviços de saúde, bem como, atribuíram ao gerenciamento, apenas as etapas de segregação e destinação final[14]. Segundo Brito[15] a segregação criteriosa dos resíduos permite que apenas os resíduos com maior risco biológico necessitem ser submetido à tratamentos especiais com vistas à eliminação de sua periculosidade e que, o restante seja tratado como resíduo comum, destinado ao aterro sanitário, reduzindo os custos operacionais e os riscos à saúde pública. É importante ressaltar que a subdivisão dos grupos de resíduos muitas vezes se torna extremamente complexo a muitos profissionais da área da saúde que deve- riam fazer sua separação corretamente. Logo, para facilitar entendimento do tipo de resíduo a ser descartado em sua respectiva lixeira a ANVISA Resolução 306/2004 determina que os recipientes para a segregação do material devem ser revestidos com sacos coloridos. Neste sentido o saco preto é destinado ao lixo comum, o saco azul ao lixo reciclável e o saco branco ao lixo contaminado[16]. Com o intuito de aprofundar a discussão dessa questão de destinação final dos resíduos, foi perguntando aos trabalhadores a sua opinião sobre o destino dado aos resíduos sólidos. Assim, foi possível identificar que os depoentes ora possuem conhecimento limitado, e ora não possuem, a cerca do que é um resíduo sólido, além do que, desconhecem a destinação final dos mesmos. Neste caso, tem-se a revelação de **lacunas no conhecimento sobre os resíduos hospitalares**, conforme demonstrado a seguir: *Não sei o que é resíduo sólido propriamente. Sólido é reciclável será? [...] na realidade pra ser bem sincera, não sei se tudo vai pra um aterro, não sei qual é o destino final.* (F01)

*Os resíduos sólidos [...] realmente a gente não sabe, o nosso comum vai pra onde, como é armazenada, com certeza tem uma empresa que faz essa coleta, mas onde é armazenada a gente não sabe, o infectante eu sei que é incinerado e os perfuro cortantes.* (E02) *Não tenho nem ideia o destino dos resíduos sólidos [...] Não tenho ideia de como é, pra onde que vão, qual é o destino desses resíduos. Eu sei o que a gente faz aqui dentro, o que a gente separa, o resto não tenho ideia!(E03)*

Os resultados apresentados comprovam que a denominação “resíduos sólidos” não era do conhecimento da maioria dos profissionais por ser uma expressão raramente utilizada, sendo mais comum a utilização da denominação lixo hospitalar. A palavra “sólido” da expressão dificultou o entendimento por parte dos entrevistados, causando estranhamento

em muitos deles quando explicado seu significado. Portanto, torna-se fundamental que as instituições de saúde invistam na educação de seus funcionários, a fim de proporcionar um conhecimento para além da separação correta dos resíduos produzidos, beneficiando assim não só as instituições com menos despesas financeiras, mas também contribuindo para a preservação do meio ambiente e da saúde pública. Reafirma-se então que os estabelecimentos de saúde têm a responsabilidade social e ambiental para com a comunidade onde estão inseridos, pois, com a destinação correta dos resíduos tanto sólidos como líquidos, é possível também reduzir o risco de contaminação do lixo comum, diminuir o volume de resíduos, bem como sensibilização frente às questões ambientais por toda sociedade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do estudo realizado foi possível identificar a preocupação dos trabalhadores em relação ao volume de resíduos hospitalares produzidos, tendo em vista a utilização de materiais descartáveis, bem como apontam um conhecimento escasso a cerca da destinação final desses resíduos. Há, ainda, o apontamento que desconhecem o que são os resíduos sólidos, levando em conta que esta expressão dificultou o entendimento dos entrevistados, que associam esses resíduos a expressão lixo hospitalar. Enfim, o estudo permitiu constatar a necessidade de maiores investimentos em pesquisas e em elaboração de estratégias que busquem contemplar um adequado gerenciamento de resíduos em unidades de terapia intensiva, tendo em vista que o cenário é demasiadamente complexo e origina uma série de resíduos, que necessitam serem manipulados, tratados e destinados de modo satisfatório, vislumbrando garantir qualidade em saúde e proteção ao meio ambiente.

## REFERÊNCIAS

1 Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n° 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento técnico para o gerenciamento de serviços de saúde. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2004.

2 Ministério do Meio Ambiente (BR). Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução 358 de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (BR): Ministério do Meio Ambiente; 2005.

3 Gold K. Analysis: The impact of needle, syringe, and lancet disposal on the community. J Diabetes Sci Tecnol. 2011;5(4):848-50.

4 Canadian Medical Association. Medical waste- management practices vary across Canada. CMAJ. 2011;183(18).

5 Sood AG, Sood A. Dental perspective on biomedical waste and mercury management: a knowledge, attitude, and practice survey. Indian J Dent Res. 2011;22:371-5.

6 Basu M, Das P, Pal R. Assessment of future physicians on biomedical waste management in a tertiary care hospital of West Bengal. J Nat Sci Biol Med. 2012;3(1):38-40.

7 Presidência da Republica (BR). Lei Federal No. 12305, de 02 de agosto de 2010. Institui a Politica Nacional de Resíduos Sólidos, altera a lei no. 9605, de 12 de fevereiro de 2008 e dá outras providencias. Brasília (Brasil): Casa Civil; 2010.

8 Cussiol NAM. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Beolo Horizonte: Feam, 2008, 88 p.

9 Souza EL. Contaminação ambiental pelos resíduos de serviços de saúde. Revista Fafibe Online. 2010. Disponível em: http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042 0100 93412.pdf. Acesso em: 20 jun. 2012.

10 Corrêa LB, Lunardi VL, Contro SM, Galliazzi MC. O saber resíduos sólidos de serviços de saúde na formação acadêmica: uma contribuição da educação ambiental. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 18, p. 571-84, setembro-dezembro, 2005.

11 Minayo MC. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

12 Gonzales LTV, Reis MFCT, Diniz RES. Educação ambiental na comunidade: uma proposta de pesquisa ação. Revista Eletrônica Mestrado Educação Ambiental. ISSN 1517-1256, v.18, janeiro a junho de 2007.

13 Brito, MAGM. Considerações sobre resíduos sólidos de serviços saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 2, n. 2, julho-dezembro, 2002. Disponível: http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen. Acesso em jun 2013.

14 Saldanha VS, Camponogara S, Soares SGA, Menegat RP, Diaz PS, Peres RR, Silva NM. Gerenciamento dos resíduos hospitalares na visão de trabalhadores e estudantes de saúde: dados parciais. II Jornada Internacional de Enfermagem UNIFRA. 2012.

15 Brito MAGM. Considerações sobre resíduos sólidos de serviços saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 2, n. 2, julho-dezembro, 2002. Disponível: http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen. Acesso em jun 2013.

16 Doi KM, Moura GMSS. Resíduos sólidos de serviços de saúde: uma fotografia do comprometimento da equipe de enfermagem Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):338-44.)

**ÁREA TEMÁTICA:** Trabalho.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O PROCESSO DE GERECIMENTO DE RESÍDUOS HOSPITALARES NA VISÃO DE TRABALHADORES ATUANTES EM UTI's

LOPRESTI, Juliana Corrêa[1]
DIAZ, Paola da Silva[2]
SALDANHA, Viviane Segabinazzi[3]
SILVA, Natalina Maria da[4]
CAMPONOGARA, Silviamar[5]

1Relatora. Acadêmica do 6º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) Integrante do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem". Eixo temático "Saúde e Meio Ambiente" da UFSM. Email: juliana-lopresti@hotmail.com
2 Enfermeira, Mestre. Integrante do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem". Eixo temático "Saúde e Meio Ambiente" (UFSM).
3 Enfermeira, Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Integrante do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem". Eixo temático "Saúde e Meio Ambiente" (UFSM).
4 Enfermeira, Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Integrante do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem". Eixo temático "Saúde e Meio Ambiente" (UFSM).
5 Enfermeira, Doutora, Professor adjunto, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

## RESUMO

**Introdução:** O debate sobre o descarte inadequado de resíduos dos serviços de saúde (RSS) vem assumindo grande importância nos últimos anos. Em âmbito hospitalar, destaca-se o processo de gerenciamento dos resíduos, o qual se constitui em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar, aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção humana, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente. **Objetivos:** Conhecer a percepção dos trabalhadores atuantes em Unidades de Terapia Intensiva sobre o gerenciamento dos resíduos hospitalares. **Método:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória desenvolvida em duas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul. Constituíram-se sujeitos do estudo os trabalhadores atuantes nos setores. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e observação não participante. A análise dos dados foi realizada com base no referencial proposto para análise de conteúdo. **Resultados:** O estudo realizado mostrou que os trabalhadores possuem um conhecimento impreciso acerca do gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde, bem como, atribuem a este apenas as etapas de segregação e destinação final. **Considerações:** Partindo das questões levantadas neste trabalho salienta-se que a questão dos resíduos dos serviços de saúde necessita ser tratada de maneira adequada e consciente, tendo em vista que engloba uma série de aspectos inerentes a saúde das pessoas, bem como interliga-se direta e indiretamente a problemática ambiental.

**DESTRITORES:** Resíduos de serviços de saúde; Gerenciamento de resíduos; Meio ambiente; Enfermagem

**ABSTRACT**
**Introduction:** The debate over the improper disposal of wastes of health services (RSS) has assumed great importance in recent years. In the hospital, there is the process of waste management, which constitutes a set of management procedures, planned and implemented with the objective to minimize the production of waste and providing, waste generated, a referral insurance, efficiently, aimed at protecting human health preservation, natural resources and the environment. **Objectives:** To study the perception of the employees working in the Intensive Care Unit on the management of hospital waste. **Method:** This is a survey with a qualitative descriptive-exploratory study conducted in two intensive care units of a university hospital in Rio Grande do Sul were constituted the study subjects workers active in the sectors. The data were collected through semi-structured interviews and non-participant observation. Data analysis was performed based on the proposed framework for content analysis. **Results:** The study showed that workers have an imprecise knowledge about waste management of health services, as well as attach to this just steps segregation and disposal. **Considerations:** Based on the issues raised in this paper points out that the waste matter of health services needs to be treated properly and conscious, considering that encompasses a number of aspects of people's health, as well as direct interconnects and indirectly environmental issues.
**DESCRIPTORS:** Waste of health services; waste management; Environment; Nursing.

**RESUMEN**
**Introducción:** El debate sobre la eliminación inadecuada de residuos de servicios de salud (RSS) ha adquirido gran importancia en los últimos años. En el hospital, se encuentra el processo de gestión de residuos, que constituye un conjunto de procedimientos de gestión, planificación y ejecución con el objetivo de minimizar la producción de residuos y la disponibilidad, los residuos generados, un seguro de referencia, eficiente, encaminadas a proteger la preservación de la salud humana, los recursos naturales y el medio ambiente. **Objetivos:** Estudiar la percepción de los empleados que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos en el manejo de desechos hospitalarios. **Método:** Se trata de un estudio con un estudio descriptivo-exploratorio, cualitativo realizado en dos unidades de cuidados intensivos de un hospital universitario de Rio Grande do Sul se constituyeron los sujetos de estudio los trabajadores activos en el sector. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas y observación no participante. El análisis de datos se realizó en base a la propuesta de marco para el análisis de contenido. **Resultados:** El estudio mostró que los trabajadores tienen un conocimiento impreciso sobre la gestión de residuos de servicios de salud, así como adjuntar a esta a solo unos pasos de segregación y eliminación. **Consideraciones:** En base a los temas tratados en este documento señala que

los desechos de los servicios de salud debe ser tratada adecuadamente y consciente, teniendo em cuenta que abarca una serie de aspectos de la salud de las personas, así como directa interconecta e indirectamente a las cuestiones ambientales.
**DESCRIPTORES:** Residuos de servicios de salud; Gestión de residuos; Medio ambiente; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Embora a geração de resíduos oriundos das atividades humanas faça parte da própria história do homem, é a partir da segunda metade do século XX, com os novos padrões de consumo da sociedade, que isso vem crescendo, em ritmo superior à capacidade de absorção pela natureza. Isto configura um paradoxo do desenvolvimento, que gera conflitos com os quais se depara o homem pós-moderno diante dos graves problemas sanitários e ambientais advindos de sua própria criatividade. Entre esses, situam-se aqueles criados pelo descarte inadequado de resíduos que criaram, e ainda criam, enormes passivos ambientais, colocando em risco os recursos naturais e a qualidade de vida das presentes e futuras gerações. A disposição inadequada desses resíduos decorrentes da ação de agentes físicos, químicos ou biológicos, cria condições ambientais potencialmente perigosas que modificam esses agentes e propiciam sua disseminação no ambiente, o que afeta, consequentemente, a saúde humana[1]. Os resíduos dos serviços de saúde (RSS) se inserem dentro desta problemática e vêm assumindo grande importância nos últimos anos. No Brasil, órgãos como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA[2] e o Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA[3] têm assumido o papel de orientar, definir regras e regular a conduta dos diferentes agentes, no que se refere à geração e ao manejo dos resíduos de serviços de saúde, com o objetivo de preservar a saúde e o meio ambiente, garantindo a sua sustentabilidade. De acordo com a RDC ANVISA nº 306/04 e a Resolução
CONAMA no 358/2005, são definidos como geradores de RSS todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo, entre outros. Os resíduos dos serviços de saúde que não são tratados adequadamente, acabam por favorecer a contaminação ambiental, visto que possuem diversos microorganismos capaz de sobreviver por tempo prolongado. A prevenção da contaminação ambiental é um ideal a ser alcançado a partir de processos ecologicamente corretos, para tanto, faz-se necessário uma reflexão e, idealmente, uma conscientização a respeito dos riscos em relação aos RSSS, e possíveis impactos que os mesmos podem causar à saúde das pessoas e ao meio ambiente. O fomento ao debate sobre esse tema, tanto no processo formativo como no cenário do trabalho em saúde, é uma condição essencial para alcançar-se o comprometimento de acadêmicos e trabalhadores da saúde com a sustentabilidade do planeta[4]. Tendo em vista o manejo dos resíduos de serviços de saúde, observa-se uma classificação dos mesmos a fim de promover o entendimento quanto aos riscos potenciais poluidores do meio ambiente e prejudiciais à saúde pública, sendo, então, agrupados em grupos. São eles: grupo A: potencialmente

infectantes, grupo B: químicos; grupo C: radioativos; grupo D: resíduos comuns; grupo E: perfurocortantes[5]. A abordagem classificatória permite a reflexão crítica sobre a importância da formação de um espaço que propicie a problematização sobre a saúde ambiental, visando o preparo de sujeitos comprometidos com o meio ambiente e com a separação dos resíduos. Esta realidade também nos remete a uma reflexão em torno da questão de gerenciamento integrado, pois devido ao potencial degradante e poluente contra o meio ambiente e infeccioso contra a saúde humana, os resíduos dos serviços de saúde exigem atenção especial e técnicas corretas de manejo e gerenciamento. Isto envolve desde a etapa de geração até o momento de disposição final[6]. Neste sentido é mister salientar que o gerenciamento dos resíduos de saúde constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar, aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção humana, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente. As etapas do gerenciamento dos resíduos hospitalares, conforme a ANVISA nº 306/04 são: identificação, segregação, acondicionamento, transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, coleta e transporte externo, tratamento e destino final. Deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo destes resíduos[1,7]. Com isso, torna-se inevitável abordar os riscos advindos dos RSSS. Entre os vários aspectos que interfaciam este tema, o que se refere a postura dos profissionais de saúde no ambiente laboral hospitalar também reflete na maneira de como os resíduos hospitalares são tratados. Para tanto, é imprescindível conhecer e compreender as especificidades de diferentes unidades que compõem a estrutura hospitalar, levando em consideração que diferentes unidades possuem diferente rotinas. Logo se pode supor que, as atitudes dos profissionais podem variar de acordo com esta rotina. Neste sentido, tem-se como objetivo da investigação: conhecer a percepção dos trabalhadores e estudantes atuantes em Unidades de Terapia Intensiva sobre o gerenciamento dos resíduos hospitalares.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, realizada com 16 trabalhadores da área da saúde atuantes em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal de um hospital público do sul do Brasil. Os dados foram coletados durante os meses de novembro e dezembro de 2012. Com o intuito de manter-se certa proporcionalidade entre os sujeitos, optou-se por fazer uma amostragem aleatória (mediante sorteio). Constituíram-se como critérios de inclusão todos os trabalhadores que estivessem inseridos na unidade durante o período de coleta de dados. Já, os critérios de exclusão, abrangeram os trabalhadores que estavam em período de férias, bem como, em qualquer tipo de licença no período de coleta de dados. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e observação nãoparticipante. Os sujeitos foram abordados e

questionados sobre o interesse em participar do estudo. Diante de uma resposta afirmativa, procedia-se o agendamento da entrevista. As entrevistas foram realizadas em local reservado. Essas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra pelos próprios pesquisadores. Identificou-se os sujeitos de acordo com as duas letras iniciais do nome da atividade laboral exercida na instituição, seguidas de um número correspondente à ordem de cada entrevista. A saber: MR (médico residente); M (médico); E (enfermeiro); TE (técnico de enfermagem); FL (funcionário da limpeza), FS (fisioterapeuta). Na sequência, os dados foram analisados de acordo com o referencial proposto para análise de conteúdo[8] obedecendo às seguintes etapas: reunião do corpus de análise, realização de leitura flutuante dos achados, realização de leitura aprofundada a fim de constituir categorias de análise, e, análise interpretativa das categorias e discussão com a literatura pertinente. A pesquisa os princípios da Resolução Nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo provada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição, sob o Nº 05428612.5.0000.5346.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A complexidade e diversidade existente na problemática ambiental inclui uma série de desafios os quais precisamos enfrentar. Entre as fontes de degradação ambiental, o grande volume de resíduos gerados na área da saúde representam uma peculiaridade importante: quando gerenciados inadequadamente, oferecem risco potencial ao ambiente. Essa problemática vem sendo cada vez mais objeto de preocupação de órgãos de saúde, ambientais, prefeituras, técnicos e pesquisadores da área. Isso se verifica pela quantidade de legislações e referências existentes, que preconizam condutas de gerenciamento dos resíduos nos locais onde são prestados serviços à saúde[9]. Os resíduos do serviço de saúde ocupam um lugar de destaque pois merecem atenção especial em todas as suas fases de manejo (segregação, condicionamento, armazenamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final) devido aos imediatos e graves riscos que podem oferecer, por apresentarem componentes químicos, biológicos e radioativos[1]. É inquestionável a necessidade de implantar políticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde nos diversos estabelecimentos de saúde, não apenas investindo na organização e sistematização dessas fontes geradoras, mas, fundamentalmente, mediante o despertar uma consciência humana e coletiva quanto à responsabilidade com a própria vida humana e com o ambiente. No entanto, para além de uma visão meramente pontual sobre situações/fatores de exposição, considerados, muitas vezes, isoladamente, destaca-se a importância de uma forma ampliada de debate sobre a questão do risco, tendo em vista o pressuposto que a análise isolada de um determinado risco pode determinar um enfoque fragmentado do estudo, descontextualizando-o de toda a complexidade que o envolve[10]. Nesse sentido, os profissionais devem preocupar-se com os resíduos gerados por suas atividades, objetivando minimizar riscos ao ambiente e à sua própria saúde, bem como da população em geral. Isso depende, em parte, da formação desses profissionais. É nesta vertente que, os resultados ora

apresentado referem-se à abordagem sobre o gerenciamento dos resíduos hospitalares. Por se tratar de um estudo com abordagem qualitativa, os resultados obtidos se encontram mesclados com o processo interpretativo e com a discussão através dos dados da literatura que fundamentam a pesquisa. Destaca-se também a presença dos recortes de depoimentos dos participantes, a fim de que estes auxiliem a compreensão dos achados, tornando visível a concepção e as expressões dos depoentes. Respondendo aos objetivos do estudo, os sujeitos da pesquisa foram questionados quanto a sua percepção a cerca do processo de gerenciamento dos resíduos hospitalares. Sendo assim, ao discorrem sobre o tema, evidenciou-se que os depoentes possuem falta de conhecimento ou um conhecimento limitado quanto a este. Em geral, a maioria entende como gerenciamento de resíduos a correta segregação do mesmo, como mostram os depoimentos a seguir.

*Não sei te informar talvez seja porque eu não me informei ou por falta de capacitação do hospital nunca ninguém me informou nada sobre isso[...] (TE02)*

*O gerenciamento, acho que é organização do descarte, do encaminhamento, até o local definitiva, até na própria unidade eu acredito que seja todo mundo se cuidar pra fazer a coisa certa, o descarte certo dos resíduos hospitalares (TE01)*

*Acho que é saber assim dá o destino adequado, é saber incutir também nos trabalhadores, nas pessoas que estão na instituição a importância que é saber fazer essa segregação. Tem a questão do meio ambiente junto e que os gestores tem que te essa preocupação e responsabilidade com tudo isso (E04)*

Percebe-se, por meio dos depoimentos acima que, o gerenciamento dos resíduos hospitalares é visto como, a adequada segregação e encaminhamento destes, sendo que alguns depoentes estabelecem uma relação quanto ao impacto que a não organização desse processo pode ocasionar no ambiente. Ademais, evidencia-se que, os trabalhadores das unidades de terapia intensiva da instituição pesquisada possuem um conhecimento tácito acerca do processo de gerenciamento dos resíduos resultantes da assistência à saúde prestada por eles. Nesse sentido, políticas públicas têm sido discutidas e legislações elaboradas com vistas a garantir o desenvolvimento sustentável e a preservação da saúde pública. Essas políticas fundamentam-se em concepções abrangentes no sentido de estabelecer a relação entre a saúde pública e as questões ambientais[1]. Segundo Jácomo[11] o processo de gerenciamento dos resíduos hospitalares provém do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, documento que indica o caminho a ser percorrido pelo lixo hospitalar desde a destinação desses materiais até sua disposição final. Ressalta-se que a instituição desenvolve algumas ações neste sentido, que passaram a ser mais sistematizadas a partir da elaboração e implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em 2005. Neste sentido destaca-se o depoimento de um sujeito que melhor se aproxima ao entendimento deste processo.

*Eu acredito que seja o encaminhamento [...] vai desde a educação dos funcionários, dos usuários, dos pacientes, de todas as pessoas que estão dentro de um hospital, em todos os níveis, a educação e a conscientização e o esclarecimento pra essas pessoas do que é cada*

*tipo de resíduo, como o processo de coleta desses resíduos e o encaminhamento adequado de todos eles, acho que gerenciar é isso é conscientizar, estimular as pessoas a fazer a separação, e facilitar esse processo [...] acredito que seja gerenciar todo esse processo de até a finalização que é o encaminhamento pra reciclagem ou algum outro tipo de processo que a gente faz. (F01)*

Diante do depoimento exposto pelo profissional de fisioterapia, nota-se um uma melhor aproximação e entendimento do processo de gerenciamento dos resíduos e tudo que ele envolve. Acredita-se que as normas e rotinas acerca da segregação dos resíduos hospitalares, são decisivas para o entendimento dessa postura entre os pesquisados. A importância desse gerenciamento é evidenciada a partir de estudos que comprovam os benefícios que este procedimento, quando realizado em acordo com a legislação vigente, trás a sociedade, ao meio ambiente e a própria entidade[12], daí a importância da abordagem dos resíduos dos serviços de saúde nos cursos de graduação da área da saúde, visando a promoção da conscientização dos sujeitos. Ademais, ainda é preciso identificar ferramentas ou tecnologias de base socioambiental relacionadas ao desenvolvimento sustentável e responsabilidade total, assim como às tendências de códigos voluntários setoriais e políticas públicas emergentes nos países desenvolvidos, relacionados à visão sistêmica de produção e gestão integrada de resíduos sólidos[1]. Diante disso, parece ser relevante problematizar essa questão, num entendimento de que, para implantar técnicas de gerenciamento de resíduos nas diferentes fontes geradoras da área da saúde, faz-se necessário um investimento em todos os profissionais que atuam nos âmbitos da saúde, de forma a prepará-los e instrumentalizá-los para lidar com essa questão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado mostrou que os trabalhadores possuem um conhecimento impreciso acerca do gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde, bem como, atribuem a este apenas as etapas de segregação e destinação final. É válido salientar, partindo das questões levantadas neste trabalho, que o manejo dos resíduos dos serviços de saúde necessita ser tratado de maneira adequada e consciente, tendo em vista que engloba uma série de questões inerentes a saúde das pessoas, bem como interliga-se direta e indiretamente a problemática ambiental. Neste sentido, é veementemente necessário pensar-se em planejamento e viabilização de estratégias de sustentabilidade ambiental, as quais visem compartilhar as intervenções antrópicas com as características do meio físico, biológico e socioeconômico, minimizando os impactos ambientais, por meio da diminuição da produção dos resíduos e pelo adequado manejo dos mesmos.

**REFERÊNCIAS**

1 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

2 Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n° 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento técnico para o gerenciamento de serviços de saúde. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2004.

3 Ministério do Meio Ambiente (BR). Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução 358 de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (BR): Ministério do Meio Ambiente; 2005.

4 Lopresti JC, Camponogara S, Diaz PS. A problemática ambiental e os resíduos de serviços de saúde: implicações para o processo de formação e trabalho em saúde. 27º Jornada Acadêmica Integrada UFSM. 2012. Disponível em: http://portal.ufsm.br/jai/trabalho/arquivo.html?arquivo=1482 Acesso em: 20 jul, 2013.

5 Galbiati AF. O gerenciamento integrado de resíduos sólidos e a reciclagem. Educação ambiental para o Pantanal, 2005 Disponível em: www.redeaguape.org.br/desc_artigo.php?cod=92. Acesso em: 20 jul 2013.

6 Corrêa LB, Lunardi VL, Conto SM, Galiazzi MC. O saber resíduos sólidos de serviços de saúde na formação acadêmica: uma contribuição da educação ambiental. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 18, p. 571-84, setembro-dezembro, 2005.

7 Costa WM, Fonseca MCGF. A importância do gerenciamento dos resíduos hospitalares e seus aspectos positivos para o meio ambiente. Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde 5(9):12 - 31, Dez/2009.

8 Minayo MC. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

9 Coelho H. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

10 Camponogara S. Um estudo de caso sobre a reflexividade ecológica de trabalhadores hospitalares [tese]. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

11 Jácomo MVJ. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde [Internet]. Goiás: Superinten- dência de Vigilância Sanitária e Ambiental; 2004 [citado 2008 jun 05]. Disponível em: http://www. visa.goias.gov.br/arquivos/manual_PGRSS.pdf.

12 Camargo ME, Motta EV, Lunelli MO, Severon EA. Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde: um estudo sobre o gerenciamento. Sci Plena. 2009;5(7):1-14.

**ÁREA TEMÁTICA:** Trabalho.

# APLICAÇÃO DO "SELF REPORTING QUESTIONNAIRE, SRQ-20" NO AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA.*1

# APPLICATION OF" SELF REPORTINGQUESTIONNAIRE, SRQ-20" THEHOSPITALENVIRONMENT: INTEGRATIVE REVIEW.

# APLICACIÓNDEL"CUESTIONARIO DE AUTODE INFORMES, SRQ-20" EL AMBIENTE EN EL HOSPITAL: REVISION INTEGRADORA.

MARCONATO, Cintia da S.[1]
MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de S.[2]
CERON, Marinez Diniz da Silva[3]

*Texto extraído da pesquisa bibliográfica "Evidências científicas produzidas na aplicação do SRQ-20 no ambiente hospitalar." Produção elaborada como requisito de avaliação da Disciplina: EFM 850-Prática Baseada em Evidência e Sua Aplicabilidade na Enfermagem, do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

1Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria.Especialista em Cuidados Intensivos. Integrante do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Hospitalar e Educação em Saúde (GIPES) e do Grupo de PesquisaTrabalho, Saúde, Educação e Enfermagem(TSEE). Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.Email:cintiamarconato@gmail

2Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf/UFSM. Líder ePesquisadora do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.

3Enfermeira. Mestrandaem Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da UFSM (PPGEnf/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa (TSEE) Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.

**RESUMO: INTRODUÇÃO:** Com as mudanças nos processos de trabalho doenças físicas e mentais foram geradas nos trabalhadores. Com destaque os Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), que geram sintomas como: ansiedade e depressão. Indicando-se o uso do Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) para a identificação precoce destes. **OBJETIVO**: Objetiva-se analisar as evidências científicas, produzidas nos últimos 10 anos, sobre a aplicação do SRQ-20 em estudos realizados no ambiente hospitalar. **MÉTODO:** Pesquisa do tipo revisão integrativa da literatura, a busca ocorreu de maio a junho de 2013, nas bases de dados: LILACS, MEDLINE, PUBMED E SCOPUS. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Sendo sujeitos: estudantes de medicina, médicos, trabalhadores de enfermagem, trabalhadores de saúde mental e profissionais de saúde, estes com elevado índice de DPM. **CONCLUSÃO:** Este estudo evidenciou o elevado índice de DPM, ressaltando a

necessidade de mudanças na organização do trabalho e ampliação dos estudos a outros sujeitos que desenvolvem suas atividades laborais no ambiente hospitalar.
**DESCRITORES:** Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Recursos Humanos em Hospital; Transtornos Mentais.

**SUMMARY: INTRODUCTION:** With the changes in work processes physical and mental illnesses were generated on workers. Highlighting the Minor Psychic Disorders (MPD), which generate symptoms such as anxiety and depression. Indicating the use of the Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) for the early identification of these. **OBJECTIVE:** The objective is to examine the scientific evidence produced in the last 10 years on the application of the SRQ-20 in studies performed at hospitals. **METHODS:** The research was a literature review, the search took place from May to June 2013, in databases: LILACS, MEDLINE, PUBMED and SCOPUS. **RESULTS AND DISCUSSION:** Being subject: medical students, physicians, nursing staff, mental health workers and health professionals, those with a high DPM. **CONCLUSION:** This study showed the high level of psychological distress, highlighting the need for changes in work organization and expansion of studies to other subjects who develop their work activities in the hospital.
**KEYWORDS:** Occupational Health; Mental Health; Personnel Hospital; Mental Disorders

**RESUMEN: INTRODUCCIÓN**: Con los cambios en los procesos de trabajo las enfermedades físicas y mentales se han generado en los trabajadores. Destacando los disturbios psíquicos menores (MPD), que generan síntomas como la ansiedad y la depresión. Indica el uso de la auto-informes Questionnaire-20 (SRQ-20) para la identificación temprana de estos. **OBJETIVO:** El objetivo es examinar la evidencia científica producida en los últimos 10 años sobre la aplicación de la SRQ-20 en los estudios realizados en los hospitales. **MÉTODOS:** La investigación fue una revisión de la literatura, la búsqueda se llevó a cabo entre mayo y junio de 2013, en las bases de datos: LILACS, MEDLINE, PUBMED y SCOPUS. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Ser sujeto: los estudiantes de medicina, médicos, personal de enfermería, trabajadores de la salud mental y los profesionales de la salud, las personas con un alto DPM. **CONCLUSIÓN:** Este estudio demostró el alto nivel de angustia psicológica, destacando la necesidad de cambios en la organización del trabajo y la ampliación de los estudios con las asignaturas que desarrollan su actividad laboral en el hospital.
**PALABRAS CLAVE:** Salud Laboral;Salud Mental;Personal de Hospital; Trastornos Mentales

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas houve grandes mudanças nos processos de trabalho, principalmente no que se refere à saúde do trabalhador. Na medida em que ocorreu a inclusão de novas leis

trabalhistas, muitas garantias foram legitimadas, proporcionando, principalmente, proteção à saúde física dos trabalhadores. O surgimento de novas tecnologias, em especial a automação e o uso da informática, na rotina de trabalho melhoraram as condições laborais e geraram maior lucro, mas em contra partida ocasionaram novos riscos a saúde dos trabalhadores tanto na esfera física quanto psíquica[1-2]. Portanto, a atividade laboral pode ser fonte desencadeante de prazer ou sofrimento, sendo que o encanto pelo trabalho acontece quando é permitido ao trabalhador realizá-lo com prazer, podendo demonstrar suas potencialidades com liberdade de expressão e de criação, proporcionando ao sujeito satisfação e conscientização do seu papel frente aquela organização em que trabalha e, também, para o meio social em que está inserido[3]. O sofrimento é ocasionado no momento em que ocorre um distanciamento entre as expectativas do trabalhador e a realidade apresentada pela organização do trabalho a este[3]. Nesse sentido, o adoecimento mental destaca-se na atualidade como um dos problemas de saúde mais comumente diagnosticado entre os trabalhadores, seja pelas necessidades básicas de sobrevivência, que faz com que estes ingressem no mercado de trabalho precocemente sem qualificação ou até mesmo pelas exigências impostas pela nova organização do trabalho. Os estudos identificam que várias categorias profissionais são acometidas pelo adoecimento mental, mas tem destaque especial àqueles que desenvolvem suas práticas laborais no ambiente hospitalar, já que este apresenta inúmeras situações desgastantes tanto para saúde física, quanto mental destes trabalhadores[4]. Dentre os problemas de saúde mental apresentados pelos trabalhadores pode ser destacado os Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), que geram sintomas nos indivíduos como: ansiedade, depressão, somatização, fadiga, insônia, entre outros[5]. Esses sintomas, não seguem a todos os critérios de doença mental de acordo com a classificação internacional das doenças (CID10). São utilizados instrumentos para rastreamento psiquiátrico que preferencialmente devem ser de baixo custo e de fácil aplicabilidade, favorecendo estudos de epidemiologia psiquiátrica, ainda escassos nessa área[6]. Por tanto, para avaliação destes sintomas a Organização Mundial da Saúde indica o uso do Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20), que possibilita a identificação precoce dos sinais e sintomas de alterações na saúde mental dos indivíduos. Esse questionário foi validado no Brasil em 1986, por Mari e Williams, e primeiramente continha 24 questões, sendo quatro questões para identificação de sintomas psicóticos e as demais para sintomas não psicóticos. Na versão em português, adotou-se as 20 primeiras questões para identificação de problemas e sintomas não psicóticos que ocorreram nos últimos 30 dias anteriores à investigação. Cada uma das alternativas tem escore de (0) a (1), em que o escore um (1) indica que os sintomas estavam presentes no último mês e zero (0) quando estavam ausentes. Tendo como ponto de corte para suspeição de DPM seis ou mais respostas positivas para homens e de oito ou mais para mulheres. Várias denominações são usadas nos estudos para identificar estes sintomas como: Morbidade psiquiátrica Menor (MPM), Transtornos Mentais Comuns (TMC), Problemas psiquiátricos Menores (PPM) e Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), sendo esta a terminologia utilizada neste estudo.

**OBJETIVO**: Com base no que foi exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas, produzidas nos últimos 10 anos, sobre a aplicação do SRQ-20 em estudos realizados no ambiente hospitalar. Para tanto, utilizou-se como questão norteadora: Quais as evidências científicas produzidas na aplicação do SRQ-20 no ambiente hospitalar?

**MÉTODO:** A presente pesquisa é do tipo revisão integrativa da literatura, que é um método de revisão que tem como principal finalidade reunir e sintetizar estudos sobre uma determinada temática, elaborando uma conclusão a partir dos resultados evidenciados em cada estudo, gerando embasamento para a prática clínica[7]. A Prática Baseada em Evidência é uma abordagem de solução de problemas para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidencia, objetivando a utilização do resultado de pesquisas para aprimorar a ação prática dos profissionais. Envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos[8]. A busca para esta revisão integrativa ocorreu de maio a junho de 2013, nas bases de dados: LILACS, MEDLINE, PUBMED E SCOPUS. Utilizando-se o formulário avançado, com a seguinte estratégia de busca: "SRQ-20" or "SRQ-20." or "SRQ20" [Palavras] and "2002" or "2003" or "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" or "2010" or "2011" or "2012" [País, ano de publicação], adotou-se este recorte temporal para que possibilitasse uma maior amplitude no conhecimento acerca das produções realizadas sobre este tema. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis online, na íntegra, gratuitos, na língua portuguesa, inglesa e espanhola, que utilizaram o questionário Self ReportingQuestionnaire (SRQ-20) para suspeição de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) no ambiente hospitalar. Foram excluídas teses, dissertações, livros, monografias, normas técnicas, resumos não disponíveis e/ou incompletos e que não tiveram como cenário o ambiente hospitalar. A seleção dos artigos foi realizada após a leitura do título e do resumo para certificação da temática, sendo elaborado um quadro para sumarização das informações, contendo as seguintes informações: referência bibliográfica, objetivo do estudo, metodologia utilizada, resultados e nível de evidência. Após leitura crítica foram excluídos, dois estudos por serem teses, 398 por não atenderem o critério cenário de pesquisa e oito por estarem repetidos nas bases. Para melhor apresentação da seleção dos estudos, criou-se a seguinte esquematização, representada no quadro 1.

| | |
|---|---|
| **Primeiro Momento:**<br>-Busca LILACS, MEDLINE, PUBMED E SCOPUS:Palavras:**( "SRQ-20" ) and "2002" or "2003" or "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or" "2009" or "2010" or "2011" or "2012" (País, ano de publicação.)** | - Identificação de 421 estudos; |

| | |
|---|---|
| **Segundo Momento:**<br>-Leitura dos artigos conforme objetivo do estudo. | - Excluído 398 artigos (não tinham o cenário de pesquisa) e identificado 23 artigos. |
| **Terceiro Momento**:<br>-Leitura dos artigos selecionados conforme critérios de inclusão (artigos na íntegra, gratuitos online, em português, inglês e espanhol que abordassem o tema Self Reporting Questionnaire - SRQ-20 em ambiente hospitalar e produzidos no período de 2002 a 2012) e exclusão (teses, dissertações, livros, monografias e normas técnicas) | - Exclusão de 2 teses e 8 artigos repetido nas bases, selecionando-se 13 artigos. |

**Quadro 1: Apresentação da seleção dos estudos**

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** De acordo com o ano de publicação, 2012 configura-se como o mais representativo, com 23,1% destas, seguido de 2010 e 2006 com 15,4% das publicações cada, e os anos de 2003, 2005, 2007, 2008 e 2011 com 7,7% das publicações em cada ano destes, sendo que no ano de 2004 e 2002 não houve nenhuma publicação. Quanto aos sujeitos pesquisados, destacam-se os estudantes de medicina e médicos com 30,8% cada, seguidos por profissionais de enfermagem com 23,1%, trabalhadores da área de saúde e profissionais de saúde mental aparecendo como sujeito em 7,7% dos artigos selecionados. No que se refere ao delineamento de estudo, evidenciou-se o predomínio (100%) de estudos com abordagem quantitativa, do tipo transversal. Dessa maneira, em relação aos níveis de evidência foram identificados todos os artigos com nível seis[7]. Para melhor apresentar os resultados encontrados, estes foram agrupados de acordo com os sujeitos do estudo. De acordo com os estudos A2, A7, A8 e A12 realizados com **estudantes de medicina** que convivem com o ambiente hospitalar, os principais resultados foram: o sexo feminino o mais prevalente para DPM, em torno de 25%, comparados com sexo masculino, sendo que as estudantes são as que mais utilizavam medicamentos antidepressivos e ansiolíticos. Também foi expressiva a presença de DPM nos estudantes de baixa renda, provenientes de áreas rurais, que fizeram várias tentativas para ingressar na faculdade, entre aqueles que tinham dificuldade de interação e de conviver com adversidades e que moram sozinhos. Esses resultados evidenciam a necessidade da elaboração de programas para prevenção e cuidado com a saúde mental destes estudantes. Nos estudos com os **médicos (**A1, A09, A10, A11), a prevalência de DPM ficou em torno de 28%, sendo identificado: profissionais extremamente sobrecarregados, com excesso de plantões, atuação em diversas clínicas, exigindo do profissional adaptação a cada especificidade, gerando intenso estresse e por consequência adoecimento mental, baixa remuneração, demanda psicológica exigida pelo trabalho, dificuldade em lidar com

algumas de suas atribuições, como queixa de dor, sofrimento, necessidade de comunicar diagnóstico de doença grave, impossibilidades terapêuticas e lidar com a morte, sendo o setor de emergência com maior prevalência de DPM e com médicos vivenciando piores condições de trabalho. Nos estudos realizados com os **trabalhadores de enfermagem (**A3, A4, A13), evidenciou-se como fatores desencadeantes de DPM: as longas horas de trabalho, baixa remuneração, exigências mentais e físicas, excesso de plantões que acabam causando problemas biológicos e sociais a estes, já que, devido aos vários empregos estes tem pouco convívio familiar e por consequência social. Por ser a maioria trabalhadora do sexo feminino também desempenham dupla jornada de trabalho, enfrentam desvalorização do trabalho, queixam de fadiga e estresse. A prevalência global de DPM nesta população é cerca de 30%, que denota sério problema de saúde nestes indivíduos. A prevalência encontrada foi superior a outros estudos de grupos ocupacionais. Os achados reforçam a relevância da adoção de medidas de intervenção na estrutura organizacional, de modo a elevar o controle sobre o trabalho e redimensionar os níveis de demanda psicológica exigidas pelo mesmo. Nos **trabalhadores de saúde mental (**A8) a presença de DPM é maior no sexo feminino (17,6%), com idade média de 31,8 anos, em profissionais autônomos (35%) e nos profissionais que trabalham entre 20 e 30 horas semanais (25%), nos profissionais de terapia ocupacional e serviço social, sendo a sobrecarga de trabalho indicativo para a prevalência de DPM, apesar de que, os profissionais que atuam em saúde mental sentirem-se satisfeitos em relação à qualidade dos serviços oferecidos e ao trabalho realizado em equipe. Na categoria de **profissionais da saúde (**A5) foi avaliada a correlação entre trabalho noturno e circunferência abdominal, índice de massa corporal, cronotipo e sintomas depressivos. Neste os resultados não foram significativos para a suspeição de DPM, apesar dos trabalhadores também sofrerem com privação social e familiar, devido o turno de trabalho e estilo de vida exigido pelo mesmo.

**CONCLUSÃO:** A revisão integrativa sobre a identificação da produção científica produzida com a utilização do SRQ-20 no ambiente hospitalar possibilitou a identificação da elevada tendência de DPM independente da categoria profissional investigada. Ficando evidente a necessidade de mudanças nos programas de saúde do trabalhador, onde estes contemplem ações de promoção e cuidado também à saúde mental dos sujeitos. Demonstrou-se também a necessidade de pesquisa com outras categorias profissionais que desenvolvem suas atividades no ambiente hospitalar, como por exemplo, trabalhadores das áreas de apoio, como os setores administrativos, lavanderia e serviço de higiene e limpeza, já que estes na sua maioria não tem qualificação específica e nem preparo emocional para desenvolverem suas atividades laborais neste cenário estressante e com características especificas.

**ÁREA TEMÁTICA:** Trabalho

**REFERÊNCIAS:**

1-Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev. Saúde Públ.1991, 25(5):341-9.

2-Rissardo MP, Gasparino RC. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospitalPúblico. Esc. Anna Nery (impr.)2013, 17(1):128 – 132.

3-Santos JLG,Erdmmann AL, Prochow AG, Silva DC, Silva RM, Leite JL. Prazer e sofrimento no exercício gerencial doenfermeiro no contexto hospitalar. Esc. Anna Nery (impr.)2013, 17 (1): 97 -103.

4-Kirchhof AL, Magnago TSBS, Camponogara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC, Paes LG. Condições de trabalho e características sóciodemográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadoresde enfermagem. Rev.Texto Contexto Enferm. 2009, 18(2): 215-23.

5- Tavares JP, Beck CLC, Magnago TSBS, Greco PBT, Prestes FC, Silva RM. Produção sobre os distúrbios psiquiátricos menores a partir do self reportquestinnaire.UFSM: R. Enferm. 2011, 1(1):113-123

6-Gonçalves DM, Stein AT, Kapezinski F.Questionnairecomo instrumento de rastreamentopsiquiátrico: um estudo comparativo com o StructuredClinical Interview for DSM-IV-TR.Cad. SaúdePública. 2008, 24(2):380-390.

7-Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009, 22 (4):434-8.

8-Karina DS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008, 17 (4): 758-64.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# GRUPO COM GESTANTES EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

# GROUP WITH PREGNANT WOMEN IN FAMILY HEALTH STRATEGY

# GRUPO DE MUJERES EMBARAZADAS EN ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

GEWEHR, Melissa[1]
GHELLER, Bruna[2]
ENGEL, Rosana Huppes[3]

1 Enfermeira, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. E-mail: mel.ufsm@gmail.com
2 Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS
3 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde.

**RESUMO:** o grupo de gestantes conforma-se como espaço favorável para trabalhar a educação em saúde de forma a articular saberes científicos e culturais, na tentativa de tornar o momento da gestação um período de construção de conhecimentos que poderão servir de auxílio para as futuras mães. Objetivo: relatar a experiência de residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada ao participar do grupo de gestantes de uma Unidade de Saúde. Metodologia: trata-se de um relato de experiência das atividades de educação em saúde. Resultados: Nessa perspectiva, num primeiro, momento ocorreu a leitura de textos para compreender como é vivenciado o período da gestação. Em seguida, houve o planejamento das atividades de grupo, sendo elencados os possíveis assuntos e os responsáveis por eles. Cabe salientar que as temáticas do próximo encontro partiriam do interesse das gestantes do grupo. Conclui-se que este grupo funciona como uma estratégia para assegurar a integralidade do cuidado.
**DESCRITORES:** Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Gestantes

**ABSTRACT:** the group of pregnant conforms as a favorable place to work health education in join scientific and cultural knowledge in trying to make the moment of gestation period of construction of knowledge that may be helpful for mothers. Objective: To report the experience of residents of the Integrated Multidisciplinary Residency Program to participate in the group of pregnant in a Health Unit Methodology: it is an experience report of the activities of health education. Results: In this perspective, a first occurred when reading texts to understand how experienced the pregnancy period. Then

there was the planning of group activities, and listed the possible subjects and responsible for them. It should be noted that the theme of the next meeting would leave the interests of pregnant in the group. We conclude that this group acts as a strategy to secure integrality care.
**Descriptors:** Health Promotion; Health Education; Pregnant Women

**RESUMEN:** El grupo de mujeres embarazadas se ajusta a trabajar en educación para la salud favorable en la articulación de los conocimientos científicos y culturales en el intento de hacer que el momento del gestación sea uno período de construcción del conocimiento que pueda ser útil para las madres. Objetivo: Presentar la experiencia de los residentes del Programa de Residencia multidisciplinario integrado para participar en el grupo de mujeres embarazadas de una Unidad de Salud. Metodología: es un relato de experiencia de las actividades de educación para la salud. Resultados: En esta perspectiva, una primera ocurrió al leer textos para comprender lo experimentado el período de embarazo. Luego estaba la planificación de las actividades del grupo, y enumeró los temas posibles y responsables. Cabe señalar que el tema de la próxima reunión se deje a los intereses de las mujeres embarazadas en el grupo. Llegamos a la conclusión de que este grupo actúa como una estrategia para asegurar la atención integral.
**Descriptores:** Promoción de la Salud; Educación en Salud; Pregnant Women;

## INTRODUÇÃO

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 90, alicerçado em princípios e diretrizes que se aproximam de uma percepção mais integral dos indivíduos, foi organizado um modelo que oferta assistência à saúde em três níveis de atenção: primário ou atenção básica, secundário e terciário. Nessa perspectiva, de acordo com a OMS a Atenção Primária de Saúde (APS) é compreendida como atenção essencial à saúde baseada em práticas e tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a indivíduos e famílias de uma comunidade, a um custo compatível com o estágio de desenvolvimento de cada país (...). É função central dos sistemas de saúde de cada país e principal enfoque do desenvolvimento social e econômico da comunidade (...). É o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde[1]. Cabe salientar que a atenção básica no Brasil se constitui como política de saúde só muito recentemente[2], e tem como marco a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, em que o objetivo era ampliar o acesso, visando à reorganização da prática de atenção à saúde em substituição ao modelo assistencial tradicional curativista e hospitalocêntrico. Para a concretização de tal objetivo, o PSF, atualmente denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), priorizou as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Sua proposta direciona-se a um modelo de ação com a família, compreendida a partir do seu ambiente físico e sócio-econômico-cultural, para que as equipes de saúde percebam a

complexidade do processo saúde-doença e a necessidade de intervenções, que vão além de práticas curativas. Assim, a atenção básica se caracteriza como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável[2]. O eixo norteador da atenção básica é a Promoção da saúde, sendo conceituada pela Carta de Ottawa[3] (1986) como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. Contempla cinco campos de ação: implemen-tação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde. Cabe destacar o eixo político da promoção à saúde, entendendo-a como uma política de saúde e um campo da saúde pública. Nessa perspectiva, a Política Nacional de Promoção da Saúde, propõe que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham[2:14]. Nessa perspectiva, um espaço propício para desempenhar ações de promoção a saúde é a conformação de grupos. Autores explanam[4] que um grupo consiste em duas ou mais pessoas que são psicologicamente conscientes umas das outras e que interagem para atingir uma meta comum. Ainda definem os grupos em categorias distintas: grupos primários e secundários; grupos formais e informais; grupos homogêneos e heterogêneos, grupos interativos ou nominais; grupos permanentes e temporários. Os grupos primários são voltados para os relacionamentos interpessoais diretos, enquanto os grupos secundários são voltados principalmente para atividades ou metas definidas. Já os grupos formais são formados como parte da organização, tais como grupos de trabalho, departamentos, equipes de projeto, e os informais aqueles que surgem com o passar do tempo, através da interação. A homogeneidade ou heterogeneidade se relaciona a uma característica especificamente e não à totalidade das características, sendo que um grupo pode possuir as duas distinções. A diferença entre os grupos interativos e os nominais está no envolvimento, já que o primeiro é diretamente, com algum tipo de intercâmbio entre si, e o

segundo é indiretamente. Por fim, um grupo temporário é aquele formado com uma tarefa ou problema específico em mente e cuja dispersão é algo esperado assim que o grupo concluir a tarefa. Já os grupos permanentes são aqueles de quem se espera continuidade ao longo de diversas tarefas e atividades. Como foi observado, há uma diversidade de tipos de grupo, que dependem do relacionamento interpessoal, do tipo de intercâmbio entre os integrantes e do objetivo em comum. Nessa perspectiva, um grupo de gestantes pode ser primário já que não estão se reunindo para fazer alguma atividade, mas para uma troca de saberes, informal, homogêneo e heterogêneo, pois são gestantes de várias faixas etárias, idade gestacional e experiências. Ainda, é considerado interativo e contínuo já que esse grupo mantém uma periodicidade semanal, e embora não sejam as mesmas gestantes sempre, as que participam conseguem se expor e trocar experiências. Nesse sentido, autores[5] compreendem que o grupo de gestantes conforma-se como espaço favorável para se trabalhar a educação em saúde de forma a articular saberes científicos e culturais, na tentativa de tornar o momento da gestação um período de construção de conhecimentos que poderão servir de auxílio para as futuras mães. O processo educativo é flexível, dinâmico, complexo, social, reflexivo, terapêutico e ético e se constrói a partir do intercâmbio entre as pessoas. Nele, quem ensina aprende e quem aprende, ensina, havendo troca de saberes e experiências, uma vez que cada sujeito que interage, o faz com suas ideias, valores, atitudes e experiências[6]. Ainda, a participação no grupo possibilita à gestante ser multiplicadora de saúde no seu coletivo[7] (DELFINO, 2003), podendo assim, repassar à sua família os conhecimentos adquiridos e evitar que em algum momento eles tenham um comportamento não saudável para com o bebê. Assim, um grupo que dê suporte a gestantes pode proporcionar discussões que envolvam vários componentes afetivos, possibilitando um clima de sensibilização para os aspectos relativos ao ciclo gravídico-puerperal e à subjetivação das informações bem como uma vivência positiva da gestação, do parto e da maternidade[8]. A implementação de grupos, com a participação de uma equipe de saúde multiprofissional é essencial para garantir uma abordagem integral, e ao mesmo tempo atender às demandas das mulheres e seus familiares.

**OBJETIVO**

O presente estudo objetiva relatar a experiência de profissionais do serviço e residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada ao participar de um grupo de gestantes de uma Unidade de Saúde.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência das atividades de educação em saúde realizadas com o grupo de gestantes numa Unidade de Saúde no interior do Rio Grande do Sul. Esta unidade é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários. A área da unidade é de 142,57 m² e dispõe de quatro sanitários, sala de inalação, consultório odontológico (utilizado como sala de reuniões já que não há dentista na unidade referida), arquivo administrativo, sala de esterilização, sala de lavagem e descontaminação, sala de imunização, sala de atendimento individualizado, consultório médico, consultório ginecológico (de enfermagem) com mais um sanitário, área de registro de famílias e sala de

espera. Da residência, inseridos nesse campo, fazem parte: uma enfermeira R1, uma assistente social R1 e uma nutricionista R2, sendo que uma psicóloga R2 e um educador físico R2 fazem apoio matricial semanalmente e quinzenalmente respectivamente. Na referida unidade de saúde as gestantes são todas agendadas para o mesmo horário a fim de participarem do grupo e após realizarem o pré-natal individualmente. Todas as gestantes são cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SisPré-Natal), um programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em 2008, que tem por objetivo desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, com o intuito de reduzir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, a cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal, com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, por meio do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento[9].

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Compreende-se que faz parte da essência do homem a busca pelo convívio em grupos, especialmente em momentos onde há necessidade de ser acolhido e identificado, como na gestação em que a mulher e companheiro/família passam por uma série de mudanças. Nessa perspectiva, num primeiro momento ocorreu a leitura de textos para compreender como é vivenciado o período da gestação. Em seguida houve o planejamento das atividades de grupo, sendo elencados os possíveis assuntos e os responsáveis por eles. Cabe salientar que as temáticas do próximo encontro partiriam do interesse das gestantes do grupo. Na Unidade, as cadeiras foram dispostas de forma circular e assim que as gestantes e seus familiares iam chegando, ocupavam seus assentos. Inicialmente ocorreu aproximação dos profissionais de maneira gradual tendo uma abordagem trivial, para facilitar a integração. No primeiro encontro, foi sugerido trabalhar com a temática família, mas se houvesse outro interesse por parte dos participantes, foi colocado que o andamento do grupo seria conforme a demanda dos usuários (as). Foram questionados sobre sua rede pessoal significativa e relações interpessoais. Nesse aspecto, compreende-se a rede social como um grupo de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos e outras pessoas, com capacidade de aportar uma ajuda e um apoio tão reais como duradouros a um indivíduo ou família[10]. Autor[11] defende que a finalidade de uma rede está estreitamente relacionada à qualidade das relações interpessoais estabelecidas, sendo que a qualidade das relações está ancorada na história dos vínculos estabelecidos, na intensidade, frequência e mutualidade dos mesmos. Houve bastante participação das gestantes que relataram como foi com seu primeiro filho e ressaltou-se o aspecto de haver alguém para auxiliar nas atividades de vida diária nos primeiros dias de vida do recém-nascido, bem como apoiar. Uma demanda que surgiu foi com relação às varizes, em que foi explicado sua causa, sintomas, incidência, fatores genéticos e ações que podem aliviar os sintomas, o que elencou orientações sobre alimentação saudável e a prática de atividade física. Em seguida, destacou-se o aleitamento materno exclusivo, salientando suas vantagens e seu significado no crescimento e desenvolvimento infantil. Salienta-se que houve a participação de todas as gestantes em cada temática abordada, e as que já tinham filhos puderam compartilhar com as primíparas suas

experiências. Encerrado o grupo, iniciaram-se os atendimentos de pré-natal, e se houvesse necessidade, as que aguardavam eram acolhidas pelos residentes da nutrição e da psicologia. Entende-se que ao trabalhar nessa perspectiva é possível prestar uma assistência humanizada à mulher, já que a implementação do grupo de gestantes cumpre as recomendações do Ministério da Saúde[12], no que tange a abordagem integral e, ao mesmo tempo, específica à assistência no período gestacional, baseado no atendimento às necessidades reais e originárias das próprias mulheres interessadas, seus parceiros e demais membros da família, que juntos vivenciam desse processo. Ainda, foi possível constatar o quanto este grupo vem proporcionando espaços de interação, afeto e cuidado para a promoção da saúde, baseado na troca de saberes entre gestantes e profissionais. Além de socializar com as mulheres conhecimentos fundamentais sobre o período gestacional e o parto, o grupo permite a expressão de insatisfações, dilemas e desabafos, constituindo um apoio social, de comunidade, extensão e serviço, para aquelas mulheres. Verificou-se assim a contribuição da Educação Popular, enquanto metodologia que evita a mera transferência de conhecimento, ampliando o agregar dos saberes populares e científicos.

## CONCLUSÃO

Com os grupos observou-se o quanto a troca de saberes pode contribuir para a melhoria do cuidado e a necessidade do espaço dialógico da troca. Ainda, corroborou-se que faz parte da essência humana a busca pelo convívio em grupos, especialmente em momentos onde há necessidade de ser acolhido e identificado, como na gestação em que a mulher e companheiro/família passam por uma série de mudanças. A demonstração do interesse e adesão entre as gestantes participantes garante um espaço de experiência fundamental para o processo de construção coletiva de qualidade do período gestacional não só ao bebê, a mãe, mas ao círculo familiar aos profissionais que têm a oportunidade de agregar conhecimentos. Logo, o grupo de gestantes proporciona momentos de ampla aprendizagem para as participantes e para as organizadoras, reafirmando a ideia de que as ações de promoção da saúde devem ser participativas e transformadoras. Outrossim, ressalta-se o papel multiprofissional neste processo, pois diferentes olhares e saberes possibilitam a integralidade do cuidado não só em saúde, mas na totalidade bio-psico-social às gestantes e seus familiares.

**ÁREA TEMÁTICA: Educação.**

## REFERÊNCIAS:

1. World Health Organization – WHO. Alma-Ata Declaration. [S.l.], 1978. Disponível em: <http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1>.

2. MS. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção

Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF); 2006.

3. World Health Organization - WHO. The Ottawa charter for health promotion. Ottawa Canadá: 1986.

4. Bowditch JL, Buono AF. Elementos de comportamento organizacional. Tradução de José Henrique Lamendorf. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

5. Anhaia LM. Grupo de gestantes como espaço de construção de saberes: um relato de experiência. 2011. Anais do III SIEPE – Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão UNIPAMPA – Universidade Federal do Pampa, p.575.

6. Zampieri et al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. Texto Contexto Enferm. 2010. 19 (4): 719-27.
7. Delfino MRR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual coletiva. [Dissertação de mestrado]. Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão (SC), 2003.

8. Klein MMS, Guedes CR. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. Brasília, 2008

9. MS. Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SispréNatal). 2008

10. Speck VR. **La intervención en red social:** las terapias de red, teoria y desarrollo. Em La práctica de la terapia de red. Barcelona: Gedisa, 1989.

11. MORE COO. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. Paidéia. 2005. 15 (31): 287-297.

12. MS. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**.** Brasília: 2001.

# PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL PRATICANDO ENSINO: MINICURSO DE PRIMEIROS SOCORROS

# EDUCATION PROGRAM TUTORIAL TEACHING PRACTICE: SHORT COURSE FIRST AID

# PROGRAMA DE EDUCACIÓN TUTORIAL EM LA PRÁCTICA DE LA ENSEÑANZA: CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS

VOLMER, Cristiana[1]
RESSEL, Lúcia Beatriz [2]
ALVES, Camila Neumaier[3]
CREMONESE, Luiza[4]
VENTURINI, Larissa[5]
ROSSO, Laís Fuzer[6]
POSSATI, Ândressa Batista[7]
BRUM, Dyan Jamiles Teixeira[8]

1 Acadêmica do 5º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial-PET enfermagem. cristianavolmer@hotmail.com
[2] Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Tutora do Programa de Educação Tutorial-PET enfermagem.
[3] Mestranda do Programa de Pós graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
4 Acadêmica do 6º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial-PET enfermagem.
5 Acadêmica do 6º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial-PET enfermagem.
6Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial-PET enfermagem.
7 Acadêmica do 6º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial-PET enfermagem
8 Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial-PET enfermagem.

## RESUMO

**Introdução:** O Programa de Educação Tutorial PET Enfermagem, desenvolve semestralmente o Minicurso de primeiros socorros para os acadêmicos de Enfermagem. **Objetivos:** Relatar a edição do Minicurso de Primeiros Socorros ofertado pelo PET Enfermagem para acadêmicos do Curso Enfermagem da UFSM. **Metodologia:** A

orientação pedagógica utilizada no minicurso foi a da problematização. O Minicurso é dividido em duas partes: teórica e prática. A teórica é composta por situações que exigem conhecimento sobre Suporte Básico de Vida (SVB). A prática é o momento de realizar nos bonecos a Ressuscitação Cardiopulmonar e, por exemplo, a manobra de Heimlich, além de ser o "espaço tira dúvidas". **Resultados:** Foram 46 acadêmicos participantes do Minicurso, todos do Curso de Enfermagem. Os participantes conseguiram desenvolver todas as condutas ensinadas e sanar as dúvidas que tinham da teoria. **Conclusões:** É necessário que cada vez mais pessoas estejam preparadas para oferecer SVB, principalmente os acadêmicos de Enfermagem, pela proximidade com o paciente.
**DESCRITORES:** Enfermagem; primeiros Socorros; Suporte Básico de Vida.

**ABSTRACT**

**Introduction**: The Education Program Tutorial PET Nursing develops the semi Minicourse first aid for nursing students. **Objectives**: To report the edition of First Aid Short Course offered by PET for academics Nursing Nursing Course UFSM. **Methodology**: The tutoring was used in the short course of the questioning. The Minicourse is divided into two parts: theory and practice. The theory consists of situations that require knowledge of Basic Life Support (SVB). Practice is the time to make the dolls and Cardiopulmonary Resuscitation, for example, the Heimlich maneuver, besides being the "space takes questions." **Results**: There were 46 participants Minicourse academics, all of the nursing course. Participants were able to develop all ducts taught and solve the doubts that had the theory. **Conclusions**: It is necessary that more and more people are prepared to offer SVB, especially nursing students, the proximity to the patient.
**KEYWORDS**: Nursing; First Aid; Basic Life Support.

**RESUMEN**

**Introducción**: El Programa de Tutoría Enfermería PET Educación desarrolla el Minicurso primeros auxilios para estudiantes de enfermería. **Objetivo**: Presentar la edición de Primeros Auxilios Curso Corto ofrecido por PET para los académicos de Enfermería Enfermería UFSM Course. **Metodología**: La tutoría se utilizó en el corto transcurso de los interrogatorios. El Minicurso se divide en dos partes: teoría y práctica. La teoría consiste en situaciones que requieren el conocimiento de Soporte Vital Básico (SVB). La práctica es el momento de hacer los muñecos y Resucitación Cardiopulmonar, por ejemplo, la maniobra de Heimlich, además de ser el "espacio tiene preguntas." **Resultados**: Hubo 46 participantes académicos minicurso, todo el curso de enfermería. Los participantes fueron capaces de desarrollar todos los conductos se enseñan y resolver las dudas que tenía la teoría. **Conclusiones**: Es necesario que cada vez más personas están dispuestas a ofrecer SVB, especialmente a los estudiantes de enfermería, la proximidad al paciente.
**PALABRAS CLAVE:** Enfermería; Primeros auxílios; Soporte Vital Básico.

## INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem priorizam que o profissional enfermeiro seja generalista, humanista, crítico e reflexivo[1]. Isso exige que a trajetória acadêmica do aluno do curso superior em Enfermagem vá muito além da sala da aula, é necessário que o mesmo se envolva em atividades complementares como cursos, eventos e projetos. Neste sentido, o Programa de Educação Tutorial (PET) do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), busca através da tríade ensino, pesquisa e extensão aperfeiçoar a formação dos alunos, não somente como profissionais, mas também como cidadãos capazes de atender às necessidades da sociedade. Tratando-se de ensino, desenvolvem-se dentro do PET os Minicursos, que são ministrados pelas bolsistas do programa, principalmente para alunos do curso. As temáticas abordadas nestas atividades são oriundas das demandas dos próprios acadêmicos ou ainda, da Coordenação do Curso. Define-se primeiros socorros como atendimento imediato providenciado à pessoa doente ou ferida e que pode ser realizado pela população em geral[2], e ainda mais por (futuros) profissionais da saúde. Porém, devido à grande carga horária, a grade curricular do Curso de Enfermagem da UFSM não consegue contemplar entre as disciplinas iniciais, aulas práticas ou teóricas que possam oferecer suporte básico para o acadêmico enfrentar situações de emergência. Em situações de emergência a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser eficazes, permitindo a redução de sequelas e o aumento da sobrevida[3]. Com isso, as acadêmicas bolsistas do PET sentiram a necessidade de buscar uma preparação para essas situações, e então, foram em busca do conhecimento para si e, também para poder transmiti-lo aos outros alunos, tendo em vista que mesmo estando no início do curso, a sociedade acredita que os alunos da área da saúde devem saber como agir nestas situações. Suporte Básico de Vida (SBV) é a abordagem inicial da vítima, realizada por leigos capacitados ou profissionais da saúde, abrangendo desobstrução das vias aéreas, ventilação e circulação artificiais[4]. É necessário o investimento nos cursos de treinamento em SBV, para a população leiga, pois apesar de ser uma realidade ainda há grande falha em se iniciar as manobras básicas, devido à falta de sensibilização e ao medo de reprovação social pelo possível fracasso[3]. Esse medo torna-se ainda maior quando se trata de estudantes da área da saúde, pois devido à cobrança, sentem-se acuados para tomar alguma atitude em virtude do julgamento que possam vir a sofrer em caso não haver êxito no atendimento. Acredita-se que considerável parcela da população em geral, sem treinamento adequado para prática de primeiros socorros, aux vítimas em situações de emergência apenas pelo impulso da solidariedade, podendo comprometer a reabilitação. Apesar de sua grande relevância, tendo em vista a quantidade de agravos à saúde que acontece, cotidianamente, no trânsito, nos domicílios, no ambiente de trabalho e em outros locais, no Brasil, o ensino de primeiros socorros ainda é pouco difundido, prevalecendo o desconhecimento sobre o tema[5]. Por isso, justifica-se a importância dos acadêmicos de Enfermagem não prestarem socorro de forma impulsiva, podendo além de prejudicar a vítima, traumatizar-se e sentir- se incapaz de ajudar nas situações de emergência.

**OBJETIVOS**

O objetivo principal deste trabalho é relatar a edição do Minicurso de Primeiros Socorros ofertado pelo PET Enfermagem no primeiro semestre de 2013 para os estudantes do 1º, 2º e 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência acerca de um minicurso realizado pelo PET Enfermagem que tratou do tema de primeiros socorros. O Minicurso tem o objetivo principal de preparar os acadêmicos para dar suporte básico em situações de emergência. É ministrado pelas acadêmicas bolsistas do PET sob a orientação da professora tutora do programa. A cada semestre é realizada uma edição do minicurso, sendo que as inscrições são abertas aos acadêmicos dos semestres iniciais do curso de Enfermagem. A confirmação da inscrição ocorre com a doação de um quilo de alimento não perecível, que são entregues para Instituições Beneficentes, no caso desta edição, os alimentos foram entregues à Turma do Ique, que oferece alimentação e recreação para crianças com câncer atendidas no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A orientação pedagógica utilizada no minicurso foi a da problematização[6], inicia-se ao incitar o aluno a observar a realidade de modo crítico, possibilitando que o mesmo possa relacionar esta realidade com a temática que está estudando, esta observação mais atenta permitirá que o estudante perceba por si só os aspectos interessantes, que mais o intrigue. A realidade dos participantes, experiências, conhecimentos prévios, opiniões, dúvidas e estratégias utilizadas no dia-a-dia para atendimento de urgências, bem como as tomadas de decisão, que resultam em chamadas ao SAMU, foram discutidos de forma participativa. A orientação sobre a abordagem de situações de urgência e primeiros socorros levou sempre em consideração as necessidades dos participantes e os recursos disponíveis, criando a oportunidade de uma aprendizagem singular, pois foi construída a partir das dúvidas e experiências de cada um. Diferentemente das tradicionais palestras, em que o autoritarismo e a verticalidade do ato educativo estão presentes, o minicurso abriu espaços para o diálogo e a crítica sobre determinada situação[7]. As facilitadoras assumiram um papel de coparticipante, o que favoreceu a construção compartilhada de conhecimentos[8]. O minicurso teve duração média de 3 horas, sendo dividido em dois momentos. No primeiro momento as apresentadoras ministram a parte teórica, que foi composta pelos seguintes conteúdos: acidentes com animais peçonhentos, parada cardiorrespiratória (PCR), desmaio, choque anafilático, queimaduras, intoxicação por fumaça, fraturas, afogamentos, asfixia, engasgamento, sangramentos e convulsão. A segunda parte foi composta pela apresentação de um vídeo explicativo sobre a parada cardiorrespiratória e a prática das manobras ensinadas, como por exemplo, a manobra de Heimlich. A primeira parte foi apresentada na forma de *slides*, com textos e figuras, sendo que cada acadêmica conduz uma temática, permitindo assim, um estudo mais aprofundado. A linguagem utilizada traz poucos termos científicos, visando facilitar o entendimento dos participantes que estão no início da trajetória acadêmica. A parte prática visou instigar os participantes a treinarem a conduta nas situações de emergências, visto que só ouvindo não conseguem identificar as dificuldades e dúvidas individuais. Foi disponibilizado um boneco para que os participantes pudessem treinar a massagem cardíaca e, em dupla simularam a

manobra de Heimlich. Finalizando o minicurso, abriu-se um espaço "tira dúvidas", onde os participantes puderam compartilhar com o grupo ou ainda, perguntar individualmente. Após terem sido finalizadas as duas etapas do minicurso realizou-se uma avaliação, onde os participantes puderam fazer críticas e sugestões, visto que a atividade está em construção contínua.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O treinamento de primeiros socorros é essencial para preparação da população leiga para a realização do atendimento inicial em situações de emergência[2]. Ressalta-se, porém, que esse treinamento deve ser realizado por pessoal capacitado e de maneira a permitir a retenção e a aplicação do conhecimento quando necessário. Por isso, as acadêmicas que ministraram o Minicurso, preparam-se estudando a teoria e a prática, buscando auxílio de profissionais da área e estudos recentes sobre SBV. No total foram 46 participantes nesta edição do Minicurso, mostrando assim a credibilidade que as atividades oferecidas pelo Programa de Educação Tutorial têm diante da comunidade acadêmica. Todos os alunos que estiveram presentes mostraram-se muito motivados com a temática e dispostos a aprender, o que também foi motivador para as apresentadoras. No decorrer do minicurso foram surgindo muitas dúvidas dos participantes, que foram sanadas, deixando clara a relevância da atividade. Foram abordadas as condutas corretas e incorretas nas situações de emergência, considerando que antes de ajudar, é necessário saber não atrapalhar, por exemplo, movimentar uma pessoa com fratura medular pode resultar em perda irreversível dos movimentos ou até óbito. Procurou-se também desmistificar algumas crenças populares, como por exemplo, colocar pó de café ou creme dental em queimaduras, fazer torniquete em membros mordidos por animais peçonhentos e assustar pessoas desmaiadas na tentativa de acordá-las. A ativação do serviço de emergência, além de permitir um envio rápido de ambulância de suporte básico ou avançado, conforme necessário pode fornecer orientações para os socorristas treinados ou não, facilitando o atendimento à vítima[3]. Por isso, abordou-se no Minicurso o sistema de comunicação em alça-fechada, onde um líder delega tarefas aos demais, por exemplo, chamar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), evitando assim confusão de tarefas a serem executadas no momento da emergência, no qual não se definem o executor de cada atividade e, assim, acumulam-se funções diversas para um mesmo profissional. Apesar de parecerem tarefas simples, são estas condutas que muitas vezes definem a recuperação ou não da vítima. Outro foco do minicurso foi sensibilizar os participantes a não se comportarem como "heróis", mas sim como socorristas e, principalmente a não sentirem-se culpados caso o desfecho da situação da vítima não seja o esperado. O atendimento à paciente vítima de PCR deve ser prestado com rapidez, firmeza, segurança e calma a fim de se evitar pânico entre os profissionais. Porém o que se pode observar é que, na maioria das vezes, o atendimento de RCP é tumultuado, com ações não sistematizadas que acarretam sobreposição de tarefas, culminando com atos repetitivos que levam a uma perda de tempo, naquele momento, importante para a sobrevida do paciente[9]. Isso faz com a identificação da PCR seja fundamental no SBV, evitando perda de tempo ou conduta indevida, por isso, no Minicurso foi priorizado mostrar os sinais e sintomas, a verificação do pulso, a localização do coração e o local/intensidade das

compressões torácicas no caso de massagem cardíaca para ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Na formação do enfermeiro, as dificuldades não supridas serão refletidas na prática da assistência, pois, só a experiência profissional não oferece subsídios e embasamento teórico suficiente para suprir o déficit da formação[10], tornando necessária a preparação desde o início da graduação. A Coordenação do Curso de Enfermagem da UFSM oferece total apoio às atividades desenvolvidas pelo PET, deixando à disposição do Programa o laboratório com todos os materiais necessários, como bonecos e cartazes. O Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM também disponibiliza o Auditório, visto que é necessário um espaço maior para a realização das atividades práticas. As principais dúvidas dos participantes giraram em torno da segurança da vítima, uma vez que devido à inexperiência dos mesmos, temem prejudicá-la. Na tentativa de amenizar esta insegurança, ensinaram-se quais são as condutas erradas em cada situação, para que assim não tenham medo de agir, estando conscientes de que não irão piorar o estado da vítima. Para isso, focou-se nas estratégias para desobstrução das vias aéreas e posicionamento, além de orientações sobre antigas crenças populares, como jogar água gelada em uma pessoa desmaiada. Os participantes mostram-se muito surpresos com as informações recebidas, evidenciando o despreparo para situações de emergência. A avaliação dos participantes foi muito positiva, motivando assim a continuação da realização do minicurso. As ações de capacitação devem ser fundamentadas em metodologias que possibilitem estabelecer a relação entre as propostas e a realidade, ou seja, metodologias que possibilitem uma visão crítica para tomada de decisões, escolhendo as mais condizentes com a realidade do processo de trabalho e com as necessidades dos usuários no contexto da prática[11]. Sendo assim, considera-se que o minicurso cumpriu com os objetivos propostos, fazendo com que os participantes aprendessem as condutas básicas em situações de emergência.

## CONCLUSÕES

O ensino de primeiros socorros deveria ser amplamente disponibilizado e democratizado, não somente para profissionais da saúde, mas para a população em geral. Hoje, aprender sobre primeiros socorros é restrito aos profissionais de saúde ou àqueles que estão próximos de universidades, hospitais e de outros centros que promovem tais cursos. Além de conferir aos usuários maior segurança para tratar de seus problemas de saúde, reduzindo sua vulnerabilidade, a produção e socialização de conhecimentos sobre primeiros socorros pode gerar diminuição da demanda considerada não pertinente ao SAMU, tornando mais eficiente o atendimento de urgências desse serviço. Infelizmente essa perspectiva ainda não é condizente com a realidade, resultando assim em deslocamento desnecessário do SAMU ou ainda pior, em um desfecho de óbito que poderia ter sido evitado por condutas simples. Quanto aos limites evidenciados na realização do minicurso de primeiros socorros, podemos citar a diferença entre uma simulação e a realidade vivida. As condições do ambiente, a disponibilidade de recursos e o clima emocional presente numa situação de urgência e risco de vida são fatores que não podem ser simulados de uma forma fidedigna. Porém, entre os acadêmicos de Enfermagem é ainda mais necessário esse treinamento, visto

que estão se preparando para uma profissão que tem como objetivo principal o cuidado e a preservação da vida.

**ÁREA TEMÁTICA:** Educação.

**REFERÊNCIAS**

1. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Resolução CNE/ CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. [online]. Disponível em: http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm [Acesso em 22 maio 2013].

2. Velde SV, Broos P, Bouwelen MV, Win R, Sermon A, Verduyckt J, et al. European first aid guidelines. Resuscitation. 2007;72(2):240-51.

3. Ferreira AVS, Garcia E. Suporte básico de vida. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2001;11(2):214-25.

4. Timerman S, Ramires JAF, Barbosa JLV, Hargreaves LHH, editoras. Suporte básico e avançado de vida em emergências. Brasília: Câmara dos Deputados; 2000. p. 50-67.

5. Pergola MA, Araújo IEM. O leigo e o suporte básico de vida. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(2):335-42.

6. Freire P. Pedagogia do oprimido. 42ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

7. Souza AC, Colome ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2005;26(2):147-53.

8. Corcione D. Fazendo oficina. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação. Rev-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília (DF); 2004. p. 30-35.

9. Santiago, P.S.N. Reanimação Cardiopulmonar: Habilidades Afetivas da Equipe de Enfermagem em Terapia Intensiva. (Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2006)

10. Nyman J, Sihvonen M.Cardiopulmonary resuscitation skillsin nurses and nursing students. Resuscitation. 2000;47(2):179-84.

11. Ferraz F. Educação permanente/continuada no trabalho: um caminho para a construção e transformação em saúde nos hospitais universitários federais de ensino [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# EDUCAR NO CUIDADO DE ENFERMEGEM: PRÁTICA COM GRUPO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

# EDUCATE IN CARE NURSE: PRACTICE WITH GROUP OF PEOPLE WITH ARTERIAL HYPERTENSION

# EDUCAR EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: PRACTICA CON GRUPO DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

MACHADO, Naiane Campos[1]
BARBOSA, Mariane da Silva[2]
OLIVEIRA, Carla Silveira de[3]
ROSSO, Laís Fuzer[4]
SIMON, Bruna Sodré[5]
SCHIMITH, Maria Denise[6]
BRUM, Dyan Jamilles Teixeira[7]

1 Relator. Acadêmica do curso de enfermagem do 6° semestre. UFSM. Email: naicm1@hotmail.com
2 Coautora. Acadêmica do curso de enfermagem do 6° semestre. UFSM.
3 Coautora. Acadêmica do curso de enfermagem do 6° semestre. UFSM.
4 Coautora. Acadêmica do curso de enfermagem do 7° semestre. UFSM.
5 Coautora. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação da UFSM. Bolsista CAPES-DS.
6 Professora orientadora. Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora do departamento de enfermagem. UFSM
7 Coautora. Acadêmica de enfermagem do 7° semestre. UFSM.

**RESUMO:** A educação em saúde realizada pela enfermagem por meio de grupos educativos com pessoas com hipertensão arterial é uma forma de promoção da saúde que visa o cuidado de forma integral. O estudo tem por objetivo relatar a experiência vivenciada junto às dinâmicas dos grupos de pessoas com hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde, na cidade de Santa Maria. O trabalho foi realizado por acadêmicos de enfermagem do 3° e 4° semestre, da Universidade Federal de Santa Maria, com um grupo de pessoas com hipertensão arterial, adstritos em uma Unidade Básica de Saúde, em Santa Maria. A educação realizada com pessoas com hipertensão na forma de grupos permite a elas uma maior autonomia na realização doa cuidados pois lhe da liberdade de expor suas dúvidas e questionamentos. A prática de grupos é uma boa oportunidade que as pessoas com hipertensão tem de estar trocando conhecimentos e experiências.
**DESCRITORES**: educação em saúde; grupos; enfermagem

**ABSTRACT:** The health education realized by nurses through educational groups with people with arterial hypertension is a form of health promotion that aims the comprehensive care. The study aims to report the lived experience with dynamics of groups of people with arterial hypertension in a basic health unit in the city of Santa Maria. The activity was realized by nursing students in the 3rd and 4th semester, at Universidade Federal de Santa Maria with a group of people with arterial hypertension, at a Basic Health Unit located in the neighborhood Camobi in Santa Maria. The education realized with people with hypertension in the form of groups allows them greater autonomy in the care because it gives the freedom to express their doubts and questions. The practice of group is a good chance that people with hypertension must have to exchange knowledge and experiences. **DESCRIPTORS:** Health education; Groups; Nursing

**RESUMEN**: La educación en salud realizada por la enfermería a través de grupos educativos con personas con hipertensión arterial es una forma de promoción de la salud dirigida a la atención integral. El estudio objetivó reportar la experiencia vivida junto a las dinámicas de los grupos de personas con hipertensión arterial en una unidad de atención primaria, en la ciudad de Santa Maria. La actividad fue realizada por estudiantes de enfermería del 3º e 4º semestre de la Universidad Federal de Santa Maria con un grupo de personas con hipertensión arterial de una Unidad de Atención Primaria, del barrio Camobi, en Santa Maria. La educación realizada con personas con hipertensión de modo grupal permite mayor autonomía en la realización de atención, ya que ocurrí libertad de expresar sus dudas y preguntas. La práctica de grupos es una buena oportunidad que las personas con hipertensión tienen de intercambiar conocimientos y experiencias.
**DESCRIPTORES:** educación en salud, grupos, enfermería

## INTRODUÇÃO

As discussões que abordam a temática de cuidar/ educar são muito válidas e pertinentes e devem ser trabalhados de forma integrativa. O cuidar e o educar são ações eminentes ao ser humano. Para o profissional exercer o cuidar e o educar, ele precisa usar um "passaporte" que o conduza a diferentes "escalas" de saberes de forma criativa, estética, ética, política e técnica[1]. O enfermeiro ao cuidar de pacientes está educando e sendo educado, pois por meio da educação em saúde pode desenvolver um pensamento reflexivo e crítico para que seja capaz de opinar em assuntos que lhe dizem respeito para poder cuidar de si e dos cuidados com a sua de sua família e a do outro[2]. A promoção da saúde pode ser realizada por meio da educação em saúde, que é um processo de ensino-aprendizagem. Essa não pode ser entendida como apenas transmissão de informações aos indivíduos, e sim ser reconhecida como meio de promover a saúde que visa à necessidade de combinação de apoios educacionais e ambientais com objetivo de alcançar ações e condições melhores de vida[3]. A superação das contradições com vista na capacitação das pessoas por meio de ações de cultura, política e social isso ajudará no processo de educação que envolve a ação-

reflexão-ação. Por isso, deve-se entender que para construir novos conhecimentos precisa estar aberto e compreender que ambos possuem saberes diferentes. O sujeito no processo de educação deve ser reconhecido e ouvido por relação horizontal e recíproca por intermédio do diálogo que comunica. Durante o diálogo ambos se educam em comunhão, sendo que o este é o principal elemento da educação e é praticado pelo amor, humildade, esperança, fé e confiança[4]. Um das formas de se ter como exemplo de educação em saúde é ela sendo praticada com pessoas com hipertensão arterial. Cerca de 17 milhões de pessoas, no Brasil, tem hipertensão arterial, atingindo 35% da população a partir de 40 anos de idade[5]. Em indivíduos que não fazem uso de anti-hipertensivos os níveis de pressão arterial são considerados os valores de pressão arterial sistólica igual ou maior que 140 mmHg e pressão diastólica igual ou maior que 90 mmHg6. Esta eleva o custo médico-social por causa de suas complicações como insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, doença arterial coronariana e insuficiência renal crônica[7]. Essa doença acomete principalmente pessoas de mais idade e sua prevalência aumenta com o aumento da idade. O tratamento da hipertensão arterial vai além de medicamentos, pois envolve uma mudança nos hábitos diários, como por exemplo, uma reeducação alimentar e prática de exercícios físicos. Esses elementos são fundamentais para o sucesso do tratamento, porém não são fáceis de serem aceitos, pois ocorre mudança na forma de viver dessas pessoas. A prática de grupos com pacientes hipertensos é uma alternativa complementar ao tratamento medicamentoso e uma forma de por em prática a educação em saúde, pois através dela a família também é incluída nos cuidados. A complementariedade desta prática só poderá ocorrer se for realizada de forma integrativa, para que todos se sintam parte do cuidado para que seja possível a reflexão e criticidade da sua realidade, troca de experiências e observação dos problemas mais frequentes entre eles8. Estes grupos tem por objetivo a melhora na qualidade de vida desses indivíduos através da troca de conhecimentos entre profissionais e usuários para que tenham uma vida saudável. O enfermeiro utiliza-se de técnicas de planejamento e desenvolvimento para cuidar dessas pessoas na forma de grupos educativos, destacando a inclusão da família para o cuidado integral[9].

**OBJETIVO:**

Relatar a experiência vivenciada junto às dinâmicas dos grupos de pessoas com hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde, na cidade de Santa Maria.

**METODOLOGIA:**

O trabalho foi realizado por acadêmicos de enfermagem do 3° e 4° semestre, da Universidade Federal de Santa Maria, no mês de maio de 2011 com um grupo de pessoas com hipertensão arterial, adstritos em uma Unidade Básica de Saúde, localizada no bairro Camobi, em Santa Maria. Em um primeiro momento a enfermeira responsável pela unidade conversou com a comunidade e apresentou os alunos e professoras. Neste encontro com ao auxilio da enfermeira que os realiza mensalmente, foi realizada uma dinâmica com objetivo

de saber o que os participantes sabiam em relação a sua doença e sobre o câncer de mama, pois o grupo foi realizado na semana da luta contra o câncer de mama. A dinâmica baseava-se em perguntas e respostas sobre assunto e foi utilizado um rolo de barbante para fazê-las até que formasse uma "teia" com significado de que cada um teve sua participação no conhecimento, sendo o aprendizado compartilhado. Logo após, foi realizado um teatro pelos acadêmicos do 3° semestre para ilustrar algumas formas de prevenção da hipertensão e seus agravantes.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:**

As doenças crônicas aparecem como grande problema de saúde pública, entre elas a hipertensão arterial. O tratamento dessa doença, muitas vezes, não é bem aceito pelas pessoas afetadas, desta forma, uma boa estratégia de cuidado é a educação em saúde na forma de grupos[10]. Na vivência realizada, cada participante respondia uma das perguntas escolhidas e após jogava o barbante para que o próximo também pudesse responder outra pergunta e assim sucessivamente. Durante a dinâmica foram surgindo várias perguntas sobre diversos assuntos diferentes e até quem, no início, estava disperso com o tema escolhido começou a interessar-se pela proposta. Então a cada nova pergunta surgiam dúvidas e indagações que eram respeitadas e ouvidas atentamente por todos. O diálogo foi um fator muito importante, pois por meio dele as orientações eram dadas e estimulavam os participantes a querer participar mais do momento e interagir com todos os participantes tirando suas dúvidas. Os momentos de escuta também são importantes, pois a escuta qualificada também é forma de aprendizado para o trabalhador de saúde. O cuidar deve ser entendido de forma abrangente percebendo-se que a todo momento se está cuidando e este cuidado deve ser diferenciado, integrativo e seguro. Deve-se buscar um cuidado que contemple a capacidade de perceber, ouvir, sentir, tocar do outro em seu espaço e através das relações interpessoais[1].

A educação, a informação, a escuta qualificada e a comunicação são fatores importantes para a instrumentalização da educação em saúde. Assim, destaca-se que a educação se faz presente no contato pessoal e na impessoalidade com a ajuda da tecnologia e mídia como, por exemplo, a internet. A informação tem por objetivo auxiliar na escolha de comportamentos, desenvolvimento de uma cultura de saúde, prevenção de doenças e democratização de informações. Já, a escuta qualificada visa a habilidade que o profissional de saúde desenvolve ao ouvir as narrativas dos indivíduos que lhes solicitam[11]. No momento da dinâmica no grupo com pessoas com hipertensão, por meio do diálogo foi possivel aprender e ensinar juntamente aos participantes do grupo, pois na fala esclarecedora é possível orientar quanto a alimentação, a prática de exercícios, o tratamento medicamentoso, a importância de participar dos grupos e trocar experiências e aprendizado. A educação em saúde é um fator importante para que essas pessoas tivessem a autonomia de poder falar sobre a situação que vivenciam e expor suas ideias e questionamentos ao grande grupo. Cada um teve seu momento de falar e refletir sobre várias questões[12]. O

trabalho da enfermagem em educação em saúde feito de forma dialogada é importante, pois, neste diálogo, passa suas informações por meio de suas orientações e ao mesmo tempo aprende junto. Dessa forma o paciente não se sente uma pessoa que só recebe informações e sim é acolhido no meio em que está inserido e tem liberdade de expor suas dúvidas e questionamentos e conhecimentos. A promoção da saúde pode ser vivenciada na forma de educação em saúde pela enfermagem, pois existe um elo entre ambas que possibilita o cuidado[13]. A educação em saúde permite que o individuo que precisa de uma atenção especial participe do cuidado juntamente a equipe e sua família o que facilita que haja um vínculo entre profissional e usuário. O paciente tem consciência do seu processo de saúde-doença-cuidado e por isso o profissional deve trabalhar junto a ele para que possam desenvolver um aperfeiçoamento de luta juntamente ao serviço de saúde[14]. Em outro momento, aconteceu uma confraternização entre os participantes e os responsáveis pela dinâmica e ao mesmo tempo os acadêmicos se dividiram para que uns verificassem a pressão e outros entregavam medicamentos aos pacientes. A prática de educação em saúde está interligada com a promoção da saúde e a prevenção de doenças sendo que estas devem trabalhar juntas para que seja possível a construção de um saber que beneficie a todos, seja paciente, seja, educador[15].

**CONCLUSÃO:**

O cuidar e o educar caminham juntos no processo de promoção da saúde, pois possibilitam uma mudança na vida das pessoas, como por exemplo, as pessoas com hipertensão arterial tem sua vida diária modificada para que possam conviver com sua doença. A educação em saúde é um meio de cuidado com pessoas com hipertensão, pois é ela que faz com que essas pessoas reflitam sobre suas vidas. O enfermeiro educador tem o papel de usar o diálogo que educa com essas pessoas para que possa estar educando e ao mesmo tempo sendo educado. As orientações dadas por esses profissionais podem auxiliar na melhor forma das pessoas com hipertensão arterial, nas mudanças que ocorrem em suas vidas por causa da doença, como por exemplo, ajudar na melhora da alimentação, que deve ser fracionada, na prática de exercícios físicos e no controle da pressão arterial. A prática de grupos com pessoas com hipertensão é um meio que a enfermagem possui de estar próxima dessas pessoas e de sua família, que também é incluída no cuidado, criando vínculo para que possa estar cuidando de forma integral e ao mesmo tempo educando. A ferramenta de trabalhar a educação em saúde na forma de grupos de pessoas com hipertensão que a enfermagem possui possibilita o aprendizado.

**Área temática:** Educação

**REFERÊNCIAS:**

1.Ferraz M, Silva LWS, Silva, LAA, Reibnitz KS, Backes VMS. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. Rev. Bras. Enferm. 2005 Set-Out; 58(5): 607-10

2. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciência Saúde Coletiva 2007; 12(2): 335-42.

3. Salci MA, Maceno P, Rozza, SG, Silva DMGV, Boehs, AE, Heidemann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2013 Jan- Mar; 22(1): 224-30.

4. Martins PAF, Alvim NAT. Plano de cuidados compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. Extraído de dissertação de mestrado apresentada a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Esc de Enf Anna Nery, RJ, 2010.

5. Moura DJM, Bezerra STF, Moreira TMM, Fialho AVM. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. Rev Bras Enferm, Brasília. 2011 Jul-Ago; 64(4): 759-65.

6. Brasil. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

7. Freitas OC. Et al. Prevalence of hipertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo. 2001; 77(1): 9-21.

8. Silva SP, Santos MR. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde. Arq Ciênc Saúde, 2004 Jul-Set; 11(3): 169-73.

9. Figueira MCS, Leite TMC, Silva EM. Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. Rev. Bras. Enferm, Brasília. 2012 Mai-Jun; 65(3):414-9.

10. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

11. Boehs, AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann ITSB, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação e saúde e o conceito de cultura. Texto Contexto Enferm, 2007 Abr- Jun; 16 (2): 307-14.

12. Machado AS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira FC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. Ciências & Saúde Coletiva, 2007; 12(2): 335-342.

13. Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. Rev. Enferm, Rio de Janeiro. 2009 Abr/Jun; 1792): 273-7.

14. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2007 Abr- Jun; 16(2);233-8.

15. Rocha V, Schall VT, Lemos ES. A contribuição de um museu de ciências na formação de concepções sobre saúde de jovens visitantes. Interface - Comunic., Saude, Educ**.** 2010; 14(32):183-96.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O ENFERMEIRO COMO EDUCADOR AMBIENTAL NA ESCOLA

# THE NURSE AS ENVIRONMENTAL EDUCATOR IN SCHOOL

# EL ENFERMERO COMO EDUCADOR AMBIENTAL EN LA ESCUELA

TERRA, Larice Gonçalves[1]
NIESCHE; Elisabeta Albertina[2]
LIMA, Márcia Gabriela Rodrigues de[3]
CAMPONOGARA, Silviamar[4]
PERES, Roger Rodrigues[5]
CHERMONT, Adrielle[6]
BOTTEGA, Janilene Camara [7]
SILVA, Natalina da[8]

1Acadêmica de Enfermagem pela UFSM. Integrante do GEPES e Bolsista FIEX. E-mail: lariceterra@hotmail.com.br
2Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Programa de Pós-Gradução em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf./UFSM). Coordenadora do GEPES.
3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente pela Faculdade Dom Alberto. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES).
4Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e do PPGEnf./UFSM. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem.
5Enfermeiro. Mestrando pelo PPGEnf./UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem
6Acadêmica de Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem
7Enfermeira. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES).
8Integrante do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem.

**RESUMO:** A educação ambiental pode fomentar adoção de novas posturas pessoais e a manutenção de um meio ambiente equilibrado. Objetivou-se relatar oficinas lúdico-educativas sobre a temática saúde e meio ambiente, em uma escola de ensino fundamental do interior do RS. Relato de experiência a partir de cinco oficinas com 439 alunos da 1ª a 9ª séries, em 2012. As ações compreenderam a montagem de cinco *stands* com as temáticas sobre: lixo; água e ar; preservação da fauna e flora; benefícios da alimentação orgânica e cantinho artístico. Proporcionar espaços à educação ambiental, objetivando a reflexão e

preservação do meio ambiente é necessário e imprescindível na formação das pessoas, principalmente às crianças e adolescentes. Neste trabalho ficou evidenciado que o enfermeiro possui um papel importante como educador ambiental no espaço da escola.
**DESCRITORES:** Enfermagem; Meio Ambiente; Oficinas; Escola.

**ABSTRACT:** The environmental education can foster adoption of new personal attitudes and maintaining a balanced environment. It was aimed to report recreational and educational workshops on the themes of health and environment in a primary school from the inside RS. It was experience report from five workshops with 439 students from 1st to 9th grades, in 2012.The actions comprised the mounting of five stands with the themes about: garbage, water and air, preserving the fauna and flora; benefits of the organic food and art corner. To provide space for environmental education, aiming to reflect and preserve the environment it is necessary and indispensable in formation of the persons to principal the child and adolescent. In labor to stay evidence what the nurse to have one sheet important as environmental educator in space of the school. **DESCRIPTORS:** Nursing, Environment, Workshops, School.

**RESUMEN:** La educación ambiental puede promover la adopción de nuevas actitudes personales y el mantenimiento de un medio ambiente equilibrado. Se objetivó relatar los talleres lúdicos y educativos en los temas de salud y medio ambiente en una escuela primariade lo interior RS . Relato de experiencia a partir de cinco talleres con 439 alumnos de 1º a 9º grado, en 2012. Las acciones comprenden el montaje of cinco gradas: basura, agua y aire, preservando la fauna y la flora, beneficios de los alimentos orgánicos y rincón de arte. Proporcionar un espacio para la educación ambiental, con el objetivo de reflexionar y preservar el medio ambiente es necesario y indispensável en la formação de las personas, principalmente para los niños y adolescentes. En este trabajo quedarse comprobado que lo enfermero poseer un papel importante como educador ambiental en lo espacio de la escuela.
**DESCRIPTORES:** Enfermería; Medio Ambiente; Talleres; Escuela.

## INTRODUÇÃO

O desordenado crescimento das cidades brasileiras, mediante a falta de planejamento e infra-estrutura para atender às necessidades ambientais e de saúde da população, tem acarretado, atualmente, em uma constante degradação da qualidade ambiental, relativa ao abastecimento de água, ao esgotamento sanitário, à deposição ordenada dos resíduos sólidos e aos sistemas de drenagem urbana[1].Tais fatores ambientais se agravam com o aumento do aquecimento global, que causa danos à saúde das espécies biológicas e ameaça o equilíbrio da Terra. Nessa perspectiva, torna-se indispensável à adoção de práticas sustentáveis, considerando a interdependência e unicidade entre as relações da sociedade com o ambiente, sendo este um caminho importante à superação da problemática ambiental

em suas diversas emergências[1]. A Lei nº 6.938/81, que institui a Política Nacional do Meio Ambiente, no Art. 3 e a Lei 9.605/98, que trata sobre os Crimes Ambientais no Art. 54 e 56, responsabiliza administrativa, civil e penalmente as pessoas físicas e jurídicas, autoras e co-autoras de condutas ou atividades lesivas ao meio ambiente[2]. Na Enfermagem, Florence Nightingale foi umas das pioneiras, no século XIX, referente à preocupação com questões ambientais no âmbito do cuidado à saúde, quando muda drasticamente o ambiente, totalmente insalubre, que ficavam os soldados feridos na guerra da Criméia[3]. Assim, a construção de uma nova visão entre a relação do homem com o seu meio deve principiar pela educação ambiental ainda no cenário escolar, por meio de um processo participativo. Pois, a educação como práxis social, contribui para a construção de uma sociedade pautada por novos patamares civilizacionais e societários distintos dos atuais, na qual a sustentabilidade da vida, a atuação política consciente e a ética constituem-se seu cerne[3].
Diante disso, a educação ambiental pode fomentar adoção de novas posturas pessoais e coletivas voltadas à conquista e à manutenção do meio ambiente ecologicamente equilibrado, necessário à construção de sociedades sustentáveis.

**OBJETIVO**

Considerando a escola como uma instituição básica ao desenvolvimento de ações educativas, este estudo objetivA relatar atividades realizadas por meio de oficinas lúdico-educativas sobre a temática saúde e meio ambiente, com alunos da 1ª à 9ª séries de uma escola de ensino fundamental.

**MÉTODO**

Trata-se de um relato de experiência, que é um estudo revelador das ações do indivíduo como agente humano e participante da vida social. O informante conta sua história, sendo capaz de desvendar seus aspectos subjetivos[4]. Essa experiência foi descrita a partir de cinco oficinas lúdico-educativas, no intuito de despeitar a importância e a necessidade da educação ambiental em 439 alunos distribuídos entre as turmas de 1ª a 9ª séries, de uma escola do interior do estado do Rio Grande do Sul. A Educação Ambiental, comumente, tem se apresentado como um conjunto de técnicas para resolver problemas ambientais, partindo de enfoques ecológicos, científicos e tecnológicos, e também tem salientado o contexto sócio-histórico no qual se geram e desenvolvem as problemáticas que procura resolver, visto que um povo que não possui memória histórica está condenado a repeti-la constantemente[3]. Tais ações nessa instituição representam uma parcela das atividades que docentes, enfermeiros, mestrandos e acadêmicos de enfermagem do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES/CNPQ), vinculado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), realizam desde 2007 por meio do projeto de extensão intitulado - Projeto Solverde: a leitura como promotora da educação para a saúde e para a cidadania. Cabe ressaltar que, essas atividades foram elaboradas em parceria com o Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, também vinculado ao Departamento de

Enfermagem da UFSM. As oficinas ocorreram no dia 24 de outubro de 2012, no turno da manhã, das 8:30 às 12:30 hs, e de tarde, das 1:30 às 17:30 hs no Salão Comunitário ao lado da escola. As oficinas foram organizadas em cinco *stands* com diferentes situações relativas à temática: saúde e meio ambiente, tais como: lixo e reciclagem, água e ar, animais, alimentação saudável e cantinho artístico sobre o ambiente. Os alunos da escola visitavam cada um dos *stands*, organizados de acordo com sua turma, para que pudessem conhecer, questionar e até mesmo participar das atividades lúdico-educativas organizadas.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A ação desenvolvida com os alunos da escola emergiu de questionamentos deixados por eles em uma urna lacrada no *hall* de entrada da escola, por um período de dois meses. Assim, a partir das perguntas foram traçadas estratégias educacionais na forma de oficinas, com intuito de fornecer subsídios acerca dessa temática de uma forma lúdica, mas, sobretudo, crítica e reflexiva. A educação é um dos elementos fundamentais do conjunto de práticas que envolve o cuidado (essência da enfermagem); por isso a educação em saúde, que engloba várias ações de saúde, deve estar inserida na prática diária do enfermeiro e o que não é diferente para aquela onde o cuidar é transportado para as condições ambientais[5]. As atividades tiveram como objetivo sensibilizar os alunos referentes à educação ambiental tangencial a separação e acondicionamento do lixo, aos perigos da contaminação e desperdício da água potável (exemplificando com práticas cotidianas), preservação da fauna e flora (posse responsável de animais domésticos, impacto da poluição urbana dos rios, lençóis e oceanos sobre os animais silvestres) e os benefícios da alimentação orgânica. A dinâmica de desenvolvimento das oficinas ocorreu a partir da montagem de cinco *stands*. A educação ambiental é uma disciplina bem estabelecida que enfatiza a relação dos homens com o ambiente natural, as formas de conservá-lo, preservá-lo e de administrar seus recursos adequadamente. Educação, esta, que deve ser iniciada nos primeiros anos de vida, ainda em casa, quando as crianças aprendem, com os exemplos dos pais, como deverão agir no presente e no futuro[6]. Depois, na escola, a educação ambiental deve continuar fazendo parte do dia-a-dia das crianças, adolescentes e jovens, seja inserida nas diversas disciplinas e conteúdos, interdisciplinarmente, seja no ambiente escolar, na convivência com professores, diretores e demais funcionários da escola[7]. A escola é o espaço social e o local onde o aluno dará sequência ao seu processo de socialização, iniciado em casa, com seus familiares. Assim, é evidente a importância da escola no processo de formação, tanto social quanto ambiental, dos seus alunos[8]. O primeiro *stand* abordou a questão do lixo. Explicaram-se sobre os tipos de resíduos (orgânico, papel, plástico, vidro e o tóxico), as formas de separação e condicionamento correto, bem como a importância dessa prática, por meio de jogos e gincana. Além disso, foram expostos e demonstrada de forma prática a construção de materiais oriundos de resíduos recicláveis, como: brinquedos de lata, madeira, enfeites de natal, acessórios, entre outros. Sobre o lixo produzido trata-se que o ensino de simples mudanças diárias pode auxiliar na diminuição de sua quantidade e assim

contribuir para a melhoria da qualidade de vida e diminuir os impactos causados ao meio ambiente. Outra questão que deve ser abordada é o (re)-aproveitamento dos materiais; a separação do lixo que pode ser reciclado; a utilização de embalagens descartáveis e reutilização de papéis e embalagens. Sendo que, muitas vezes, os alunos agem como multiplicadores de conhecimento já que repassam tais orientações aprendidas para os pais e demais comunidade[9]. O segundo *stand* mostrou as temáticas da água e do ar. Orientaram-se sobre a utilização correta da água em práticas cotidianas, tais como: banho, escovação dos dentes, lavagem de calçadas e roupa, entre outros. Para sensibilizar os alunos acerca da importância de não poluir as águas de rios, lençóis freáticos e oceanos, montou-se uma pescaria fictícia, em uma piscina, onde foram depositados diversos tipos de lixo para que fossem pescados ao invés de peixes. Do mesmo modo, o lançamento de lixo, esgoto doméstico, efluentes industriais e agrícolas (pesticidas e fertilizantes químicos) são os principais responsáveis pela poluição das águas, sobretudo, o lençol freático, pois há infiltração dessa água contaminada. Uma forma de minimizar esse problema é o serviço de saneamento ambiental**,** que incluem a coleta e o tratamento de lixo e de esgoto, considerando que no Brasil mais da metade do esgoto é lançado em rios, lagos e mar sem passar por um tratamento adequado; fiscalização nas indústrias; redução na utilização de produtos químicos na agricultura; além da conscientização da população para a importância de se preservar o bem natural mais precioso da vida, a água[10]. Já a poluição do ar, ou seja, atmosférica caracteriza-se pela presença de gases tóxicos e partículas sólidas no ar. As principais causas são a eliminação de resíduos por certos tipos de indústrias e a queima de carvão e petróleo em usinas, automóveis e sistemas de aquecimento doméstico. O ar poluído pode causar várias doenças respiratórias no homem e a destruição na camada de ozônio[11]. Ainda nesse *stand* tratou-se, por meio de vídeos e maquete, sobre a importância de utilizar o transporte coletivo em detrimento do individual, o controle das queimadas e a diminuição do desmatamento, como fatores determinantes à redução da emissão de poluentes tóxicos que acarretam no avanço do aquecimento global. No terceiro *stand* foi exposta a questão dos animais. Abordaram-se as consequências da ação humana sobre a fauna silvestre (materiais poluentes na natureza) por meio da exposição de um vídeo que mostrava a morte de animais em decorrência da ação predatória e irresponsável do homem sobre o meio ambiente. Tratou-se sobre posse responsável de animais domésticos (cuidados com as vacinas, alimentação, moradia, higiene, entre outros). Sobre o impacto da poluição na vida dos animais, estudos apontam consequências das extinções prematuras de espécies, causadas pelo homem. A ação do homem, por meio da poluição, do desmatamento de habitats nativos, da introdução de espécies exóticas e mesmo pela caça e comércio de animais silvestres, tem causado desequilíbrios nos biomas[12]. O quarto *stand* trouxe a questão da alimentação saudável. Realizaram-se orientações sobre o processo de industrialização de alguns alimentos e as consequências nocivas de seu consumo na saúde do organismo humano, a saber: refrigerante, salgadinho, biscoitos recheados, entre outros. Em adição, tratou-se sobre a importância da ingesta de alimentos orgânicos, bem com

disponibilizou-se pequenos folders com receitas alternativas, a fim de sensibilizar sobre a utilização de partes de alimentos que geralmente são descartados (talos, folhas, flores, entre outras). Outra questão é a alimentação saudável, ou seja, aquela que reúne todas as substâncias químicas que o corpo precisa para funcionar corretamente. Na escola, um espaço ocupado por crianças e jovens, isso se torna ainda mais relevante, pois há dois anos, a Sociedade Brasileira de Pediatria publicou uma compilação de diversos estudos sobre o tema, que mostra que o aumento do número de crianças com excesso de peso varia de 10,8% a incríveis 33,8% conforme a cidade ou região[10]. No quinto *stand* criou-se o cantinho artístico, denominado: "Eu, Você e o Meio Ambiente". Nesse espaço foi disponibilizado um painel de papel pardo e canetas hidrocores, para que cada turma de alunos fizesse uma reflexão, por meio de desenho livre ou frases, acerca do que foi visto e discutido em cada um dos stands anteriores. Ao final de cada turno, foi escolhido o desenho mais criativo e significativo com a temática, havendo a entrega de um prêmio para a turma responsável pela obra construída. Cabe ressaltar que as questões ambientais são, atualmente, um problema de saúde, uma vez que a sociedade busca se desenvolver economicamente, com freqüência, sem a devida preocupação com o meio ambiente. Os seres humanos são responsáveis pelos danos causados à natureza, por isso torna-se necessária a reflexão acerca do bem-estar ecológico e humano[13]. Por fim, foram entregues duas mudas de árvores nativas à escola para que fossem plantadas no pátio, representando a parceria entre o meio acadêmico e escolar tangencial a temática saúde e meio ambiente, mas também para despertar nos alunos uma consciência crítico-reflexiva no que concerne a preservação ambiental e a co-responsabilidade de cada um neste processo.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, a realização destas atividades lúdico-educativas de forma abrangente tornou-se fundamental à formação de um processo participativo permanente dos alunos quanto à consciência crítica sobre a problemática ambiental, tanto por questões de preservação ambiental. Assim, o enfermeiro atuando no espaço escolar como educador acerca da saúde ambiental e, consequentemente, humana, pode permitir o desenvolvimento de habilidades pessoais para fortalecer o reforço e o esforço da ação comunitária numa articulação coletiva em prol de uma qualidade de vida à todos.

**ÁREA TEMÁTICA:** Educação

## REFERÊNCIAS

1. Marchior MRGCT, Boer N. Educação ambiental e práticas de enfermagem: um diálogo necessário. VIDYA. 2007; 27 (1): 121-134.

2. Ghignone LT. Manual ambiental penal: comentários à lei 9.605/98. Decisões judiciais, roteiros práticos, modelos de peças / Luciano. Salvador: Ministério Público do Estado da Bahia, Núcleo Mata Atlântica; 2007. 279 p.

3. Cavalheiro JS. Consciência ambiental entre professores e alunos da Escola Estadual Básica Dr. Paulo Devanier Lauda. 2008. Monografia (Especialização em Educação Ambiental). Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS); 2008.

4. Beserra EP, Torres CA, Barroso MGT. Dialogando com professores na escola sobre sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis. Rev Rene. 2008; 9 (4): 151-157.

5. Oliveira MIP. Ação educativa de discentes de enfermagem conscientização da importância do saneamento ambiental. Revista *Sapientia*. 2012; 4 (4): 2012.

6. Guimarães M. Educação ambiental crítica. Identidades da educação ambiental brasileira / Ministério do Meio Ambiente. Diretoria de Educação Ambiental; Philippe Pomier Layrargues (coord.). – Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2004.
7. Unesco. Década das Nações Unidas da Educação para um Desenvolvimento Sustentável, 2005-2014: documento final do esquema internacional de implementação. – Brasília: UNESCO; 2005. 120p.

8. Pontalti ES. Projeto de Educação Ambiental: Parque Cinturão Verde de Cianorte. 2005 [acesso em 2013 Jul. 21]. Disponível em: http://www.apromac.org.br

9. Glanso F. Aplicação dos 3Rs (Reduzir, Reciclar e Reutilizar). 2008 [acesso em 2013 Jul. 21]. Disponível em: http://www.ibb.unesp.br/Home/Graduacao/ProgramadeEducacao TutorialPET/ProjetoEMEI/Relatorio_ Aula_3Rs_EMEI.pdf.

10. Francisco WC. Poluição da água. 2013 [acesso em 2013 Jul. 21]. Disponível em: http://www.escolakids.com/poluicao-da-agua.htm.

11. Alves L. Poluição atmosférica. 2011 [acesso em 2013 Jul 21]. Disponível em: http://www.colegioweb.com.br/geografia/a-poluicao-atmosferica.html

12. Verdade LM. A exploração da fauna silvestre no Brasil: jacarés, sistemas e recursos humanos. Biota Neotropica. 2004; 4 (2).

13. Beserra EP et al. Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária. Rev Bras Enferm. 2010; 63 (5): 848-52.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# DIAGNÓSTICO PRECOCE DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

# EARLY DIAGNOSIS OF AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

# DIAGNÓSTICO PRECOZ DE TRANSTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

GONÇALVES, Denise Hasselmann Reges[1]
PUCINI, Juliana de Oliveira[2]

1 Enfermeiro, Especialista em Enfermagem Neonatal, Enfermeira da UTI Pediátrica HUSM, denise-rb@hotmail.com
2 Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria, bolsista UTI Pediátrica HUSM, julypuccini@gmail.com

**RESUMO:** As pesquisas revelam a grande incidência do transtorno do espectro autista, apesar disso constatamos a morosidade em se chegar ao diagnóstico, o que, consequentemente, ocasiona o retardo do diagnóstico, iniciando tardiamente as intervenções e tratamentos. Essas intervenções e tratamentos se fossem iniciados precocemente potencializariam o desenvolvimento nas áreas afetadas. Afim de que ocorra o diagnóstico precoce, se faz necessário ampliar o conhecimento do transtorno do espectro autista por parte dos profissionais da área da saúde, dentre eles o enfermeiro. Tendo por fundamento os fatos apresentados, este estudo tem por finalidade não apenas informar, mas sensibilizar estes profissionais sobre a importância do diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista.
**DESCRITORES:** autismo; fatores de risco; diagnóstico; epidemiologia.

**ABSTRACT:** Research shows a high incidence of autism spectrum disorder, although it found the delay in reaching the diagnosis, which consequently causes the delay in diagnosis, starting late interventions and treatments. These interventions and treatments if they are started early potencializariam development in affected areas. Order that occurs early diagnosis, it is necessary to broaden understanding of autism spectrum disorder on the part of health professionals, including nurses. Having founded on the facts presented, this study is intended not only to inform, but to sensitize these professionals about the importance of early diagnosis of autism spectrum disorder.
**DESCRIPTORS:** autism; risk factors; diagnosis; epidemiology.

**RESUMEN**: Las investigaciones muestran una alta incidencia de trastornos del espectro autista, a pesar de que se ha encontrado el retraso en alcanzar el diagnóstico, que por lo tanto hace que el retraso en el diagnóstico, a partir de las intervenciones y tratamientos finales. Estas intervenciones y tratamientos si se iniciaron el desarrollo temprano potenciar en las zonas afectadas. Orden que se produce el diagnóstico temprano, es necesario ampliar la comprensión de los trastornos del espectro del autismo por parte de profesionales de la salud, incluyendo enfermeras. Habiendo fundado en los hechos presentados, este estudio se pretende no sólo informar, sino para sensibilizar a estos profesionales sobre la importancia del diagnóstico precoz de trastornos del espectro autista.
**DESCRIPTORES:** autismo; factores de riesgo; diagnóstico; epidemiología.

## INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), também conhecido como Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), conforme CID-10 (1992) e DSM-IV (1994) incluem o Autismo ou Transtorno Autista (TA), a Síndrome de Rett (SR), a Síndrome de Asperger (SA), o Transtorno Desintegrativo da Infância (TDI) e o Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (TGD-SOE), possuem como característica essencial a presença de prejuízos que variam em grau conforme a gravidade do caso. Estudos realizados na década de 80 e do início da década de 90 referiam uma prevalência do TEA de 4 a 10 por 10000 crianças. As pesquisas atuais diferem em relação aos resultados obtidos, dependendo do país onde é realizada e o método de avaliação utilizado. Algumas descrevem uma incidência de até 2 a 7 por 1000 crianças[1]. Segundo a Autism Society of América, mais de um milhão de pessoas nos Estados Unidos sofrem de um dos Transtornos do espectro autista, o problema é cinco vezes mais comum que a Síndrome de Down e três vezes mais frequente que a diabete juvenil[2]. O diagnóstico do TEA (que deve ser precoce para logo se iniciar as intervenções e tratamentos aproveitando a plasticidade cerebral característica das fases iniciais), geralmente é lento e tardio, em torno de um ano. A idade média que a criança recebe o diagnóstico varia de 4 a 10 anos[3]. Conceitos errôneos relacionados ao TEA, como imaginar que a criança com autismo não fala ou que estão frequentemente se balançando ou desviam o olhar, prejudicam o diagnóstico, dificultando a observação de características importantes que auxiliariam no diagnóstico precoce. Esse contexto mostra que a participação do enfermeiro é fundamental, como um moderador externo da situação[4], que mantém proximidade, aceitação e respeito da família e da criança, e que usa continuamente em seu trabalho o senso de observação e a análise crítica, tendo por base de seu cuidado propostas educativas. Essas qualidades lhe conferem a responsabilidade de estar habilitado a detectar variações no desenvolvimento típico da criança que sugerem características do TEA.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão de literatura em narrativa descritiva.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O conceito de autismo, semelhante ao que conhecemos atualmente, foi descrito primeiramente Léo Kanner (psiquiatra austríaco), nos Estados Unidos em 1943. Kanner observou onze crianças (oito meninos e três meninas) e descreveu como características a aparência física normal, a incapacidade de se relacionar com as demais pessoas, iniciando-se nos primeiros anos de vida, alterações da fala e de linguagem, desenvolvimento cognitivo alterado, comportamentos repetitivos e sensibilidade pouco comum a determinados fatos e situações, não apresentavam deficiência mental, mas comportamento anormal desde as fases mais precoces da infância[5]. Quase simultaneamente, porém de maneira independente sem ter o conhecimento do trabalho de Kanner, Hans Asperger (psiquiatra de Viena) publicou seu artigo original "Psicopatologia Autista da Infância" em alemão. Ele descrevia meninos com inteligência preservada e desenvolvimento de linguagem normal, mas que apresentavam comportamento autista e comprometimento importante de habilidades sociais e de comunicação[5]. As definições dos TGD mais utilizadas baseiam-se nos critérios para os subtipos, preconizados no DSM-IV (1996) e na CID-10 (1992). De uma forma geral, o Transtorno do espectro autista se caracteriza por alterações presentes desde idades precoces (geralmente antes dos 36 meses) e se manifestam nas áreas de desenvolvimento da comunicação, comportamento e relação interpessoal e na capacidade de imaginação e persistem por toda a vida, modificando-se ao longo dos anos. Na SA o grau de isolamento é menos severo que no TA, podendo ter atraso no desenvolvimento motor e dificuldades psicomotoras[6]. A Síndrome de Rett (SR), em muitos casos esta ligado ao cromossoma x paterno (gene MEPCP2)[3]. Ocorre predominante em meninas, que se desenvolvem normalmente até seis a dezoito meses de idade6. Conforme DSM-IV (1996), o TDI se caracteriza por um desenvolvimento aparentemente normal até mais ou menos dois anos de idade, após a criança apresenta perda das habilidades adquiridas. Já o TGD-SOE – inclui o autismo atípico – preenche parcialmente os critérios do autismo, mas não satisfaz os critérios de outro TGD. (DSM-IV, 1996). Quanto as prováveis causas do surgimento de alterações características do TEA, Tuchman e Rapin consideram que existe um consenso entre os pesquisadores de que não há uma única causa, pois, além de fenotipicamente heterogêneo, o autismo também é um transtorno do desenvolvimento em que a maturação cerebral muda ao longo do tempo. Os autores destacam a importância da genética relacionada a etiologia do autismo e o grande número de genes descobertos que estão associados as causas do TEA. Esclarecem, porém, que são os produtos dos genes e não os genes entre si, os responsáveis pelas características comportamentais do autismo. Apesar da realização de exames laboratoriais e radiológicos, ao se detectar comprometimento nas áreas da socialização, da comunicação e da flexibilidade cognitiva, a fim de descartar outras alterações orgânicas, o diagnóstico do

TEA é baseado nas categorias do DSM e da CID, estas categorias são comportamentais, definem transtornos e não doenças[3]. Por exemplo: "Uma criança pode ter um grau maior de déficit social e menor número de comportamentos repetitivos, enquanto outra apresenta um quadro inverso e ambas atenderão aos critérios de TA"[3]. Este diagnóstico deve ser realizado precocemente, e o enfermeiro, membro desta equipe multiprofissional, tem a oportunidade de participar deste diagnóstico através do cuidado de enfermagem[2]. A educação em saúde deve ser realizada em todo momento oportuno, informando as famílias e a população em geral sobre o Transtorno de espectro autista, suas formas de manifestação, as áreas comprometidas e as possibilidades de intervenções e tratamento. É necessário que o enfermeiro esteja atualizado nos conhecimentos em relação ao TEA e estas informações sejam compartilhadas com os demais membros da equipe. "A identificação precoce de crianças com TEA é essencial para incrementar a eficácia da intervenção inicial no momento em que o cérebro é mais plástico [...] o tratamento precisa ser individualizado e multidisciplinar3". Segundo Suplino, apesar do autismo estar descrito na literatura há mais de 60 anos, entre os brasileiros continua desconhecido. Os educadores que estão familiarizados com as citações do termo ignoram as características e a origem deste transtorno. Estudos registram um aumento da prevalência do autismo, tornando o autismo um sério problema de saúde pública. Embora ainda não exista cura conhecida para o autismo, há um consenso de que quanto mais cedo iniciarem as intervenções, melhores serão os resultados obtidos. Propostas educacionais precoces orientadas de modo comportamental são os tratamentos mais eficazes desenvolvidos até o momento. A intervenção farmacológica participa como terapia auxiliar, minorando comportamentos específicos e capacitando a criança a participar do ambiente familiar e escolar[3]. Foram desenvolvidas várias filosofias de tratamento, Williams e Wright descrevem algumas delas, dentre elas destaca-se: o Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (PECS), o Programa Son-Rise, e o Método TEACCH (tratamento e educação de crianças autistas e com problemas relacionados a comunicação) que busca auxiliar indivíduos com TEA na participação da vida diária e a adquirirem independência dentro de seu potencial máximo, com apoio da comunidade.

## CONCLUSÃO

Embora descrito na literatura há mais de 60 anos, o autismo ainda é desconhecido por grande parte da população brasileira e até mesmo entre os profissionais da saúde. Essa constatação implica num diagnóstico tardio, entretanto, apesar de não existir ainda cura conhecida, é de consenso que o diagnóstico quando precoce proporciona melhores resultados nos tratamentos e intervenções. Logo, julga-se imprescindível a disseminação do conhecimento sobre o transtorno do espectro autista, uma vez que, é a forma mais eficaz de se chegar precocemente a um diagnóstico. Torna-se oportuno salientar a iniciativa do Ministério da saúde em se envolver e promover material informativo que objetiva o diagnóstico precoce e a reabilitação de pessoas dentro do espectro autista.

**ÁREA TEMÁTICA:** Educação**.**

**REFERÊNCIAS**

1 Williams, C. Convivendo com Autismo e Síndrome de Asperger**:** Estratégias Práticas para Pais e Profissionais. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda, 2008

2 Braga, M. R.; Ávila, Lazslo, A. Detecção dos transtornos invasivos na criança: perspectiva das mães. Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, nov/dez. 2004

3 Tuchman, R.; Rapin, I. Autismo: abordagem neurobiológica. Porto Alegre: Artmed, 2009

4 Neves, E. T. Empoderamento da Mulher Cuidadora de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde. Revista Texto e Contexto, Florianópolis, v. 17, 3, p 552-560 Jul-Set 2008

5 Stelzer, F. G. Uma pequena história do Autismo.– Associação Mantenedora Pandorga. São Leopoldo/RS. 2009

6 Suplino, M. Currículo Funcional Natural: guia prático para educação na área do autismo e deficiência mental – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; São Paulo: AMA, 2007. (Coleção de Estudos e Pesquisa na área da Deficiência; v.11

# CONHECIMENTO DE PROFESSORES SOBRE PRIMEIROS SOCORROS: POSSIBILIDADE DE EDUCAR EM SAÚDE NA ESCOLA

# TEACHER KNOWLEDGE ABOUT FIRST AID: POSSIBILITY OF HEALTH EDUCACATION IN SCHOOL

# CONOCIMIENTO DE PROFESORES SOBRE PRIMEROS AUXILIOS: POSIBILIDAD DE EDUCACIÓN EN SALUD EN LA ESCUELA

BOTTEGA, Janilene Camara[1]
NIETSCHE, Elisabeta Albertina[2]
LIMA, Márcia Gabriela Rodrigues de[3]
MOTTA, Cristiane Apio[4]
BOCK, Andressa[5]
SANTINI, Caroline Feltrin[6]

1 Enfermeira. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES/UFSM/CNPQ). E-mail:
janicamega@yahoo.com.br
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf./UFSM. Coordenadora do GEPES/UFSM/CNPQ.
3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade Dom Alberto. Integrante do GEPES/UFSM/CNPQ.
4 Enfermeira. Integrante do GEPES/UFSM/CNPQ.
5 Graduanda do Curso de Enfermagem da UFSM. Integrante do GEPES/UFSM/CNPQ.
6 Graduanda do Curso de Enfermagem da UFSM. Integrante do GEPES/UFSM/CNPQ.

**RESUMO:** A escola tem um importante papel na promoção de saúde, prevenção de doenças e acidentes. Objetivou-se identificar as necessidades dos professores de uma escola de ensino fundamental para o atendimento de primeiros socorros no ambiente escolar e capacitá-los para atuar nessas situações. Pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, realizada com 18 professores de uma escola do interior do RS/Brasil, em 2012. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada para coleta de dados e a realização de uma capacitação. Para análise dos dados empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Os professores perceberam que primeiros socorros é o atendimento primário e imediato à vítima e as situações mais frequentes na escola são os arranhões e os tombos/quedas. Nas situações de desmaio e convulsão suas respostas tiveram algumas modificações após o emprego da ação. Contudo, proporcionando educação em saúde aos professores sobre primeiros socorros, instiga a criatividade e ensina novas formas de promover a saúde no ambiente escolar.
**DESCRITORES:** Primeiros Socorros; Escola; Enfermagem Educação em Saúde.

**ABSTRACT:** The school has an important role in the health promoting, disease preventing and injury. It was aimed to identify the needs of teachers of a public school of primary teaching to the care of first aid in the school environment and to enable them to act in these situations. It is a action research with qualitative approach realized with 18 teachers of a school inland of the RS/Brazil in 2012. It was used a semi-structured interview to collect data and it was realized a training. For data analysis we used the technique of Content Analysis by Bardin. The teachers perceived that first aid is the immediate and primary car to the suffer and the most frequent situations in school are the scratches and bumps / falls. In cases of fainting and convulsions your answers have some modifications after of the employment of action. However, providing health education for the teachers about first aid encourages the creativity and teaches new ways to promote health in the school environment.
**DESCRIPTORS:** First Aid; School; Nursing; Health Education.

**RESUMEN:** La escuela tiene un papel importante en la promoción de salud, prevención de enfermedades y lesiones. Se objetivó identificar las necesidades de los profesores de una escuela primaria para atender a situaciones de primeros auxilios en el entorno escolar y capacitar ellos para actuar en estas situaciones de sus necesidades. Es una investigación-acción con abordaje cualitativo realizada con 18 profesores de una escuela en el interior del RS/Brasil, en 2012. Se utilizó la entrevista semi-estructurada para recolección de datos y realización de una capacitación. Para análisis de datos se utilizó la técnica de Análisis de Contenido de Bardin. Los profesores perciben que primeros auxilios son atendimiento inmediato y primario a la víctima y las situaciones más frecuentes en la escuela son los arañazos y golpes/caídas. En casos de desmayos y convulsiones suyas respuestas tuvieron algunas modificaciones después del empleo de la acción. Sin embargo, ofreciendo educación en salud a los profesores sobre primeros auxilios, fomenta la creatividad y enseña nuevas formas de promover salud en el ámbito escolar.
**DESCRIPTORES:** Primeros Auxilios; Escuela; Enfermería; Educación en Salud.

## INTRODUÇÃO

Os acidentes na escola são muito frequentes, por existir locais de risco, nem sempre perceptíveis pelos seus responsáveis, dentre os quais se destacam: pátios, corredores, parques, banheiros, salas de aula, escadas e quadras poliesportivas. Portanto, o ambiente escolar representa uma importante faceta do problema de traumas e mortes decorrentes de acidentes, onde crianças e jovens são, particularmente, um grupo vulnerável[1]. Entretanto, na maioria das vezes, os professores não foram adequadamente preparados para atuar em situações de primeiros socorros, assim, diante do acidente, não sabem como proceder[2]. Isso se torna preocupante, pois crianças e adolescentes passam aproximadamente um terço do dia na escola ou no caminho em direção a esta[1]. A escola é um dos pilares da educação, da

construção da cidadania, da formação de um povo e de uma nação, mas, sobretudo, ela também assume um papel importante e crescente na promoção de saúde, prevenção de doenças e de acidentes. A manutenção do ambiente físico, emocional e psicológico seguro no espaço escolar é objeto de constante preocupação de responsáveis, professores e direção da escola[1]. O professor é o profissional de maior contato com o aluno e deve saber avaliar adequadamente a vítima, de forma objetiva e eficaz, prestando atendimento adequado até que o socorro especializado chegue[3]. Porém, a falta de informações e considerando que o número de crianças e jovens para cada professor, muitas vezes, é elevado, torna-se comum, por parte de tal profissional, assumir posturas e condutas inadequadas como: o estado de pânico ao ver o acidentado, a manipulação incorreta da vítima, o que pode agravar seu estado clínico, e ainda a solicitação excessiva e desnecessária do serviço de emergência[4]. Dentre as lesões e alterações mais comuns estão: febre, convulsão, sangramento nasal, contusões, ferimentos, distensões, obstrução aérea por corpo estranho, fraturas, intoxicação por produtos químicos, sinais e sintomas de desmaio e a parada cardiorrespiratória[3]. Nesse contexto, o enfermeiro tem um papel de extrema importância na educação em saúde de professores para lidarem em situações inesperadas, pois ensinando primeiros socorros não estará promovendo somente a saúde, mas a vida. Considerando que, a capacitação dos mesmos visa reduzir o índice de morbimortalidade decorrente de acidentes ou alterações de saúde que ocorrem com alunos em ambiente escolar, indo ao encontro da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências[5].

**OBJETIVO**

Identificar as necessidades dos professores de uma escola municipal de ensino fundamental para o atendimento de primeiros socorros dentro do ambiente escolar e capacitá-los para atuar nessas situações.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa- ação, com abordagem qualitativa, exploratória-descritiva. Na pesquisa-ação há resolução de um problema coletivo, no qual pesquisadores e participantes da situação estão envolvidos de modo cooperativo ou participante. As fases da pesquisa foram norteadas conforme o pesquisador Thiollent[6]: fase exploratória, formulação do problema, construção das hipóteses, definição de temas e problemas. O cenário do estudo foi uma escola municipal de ensino fundamental alocada no interior do RS. Essa instituição atende 439 alunos do 1º ao 9º ano, distribuídos pelos turnos da manhã e tarde, possui 25 professores e 4 funcionários. Os sujeitos da pesquisa foram dezoito professores da escola. Como critérios de inclusão desses sujeitos consideraram-se: ser professor efetivo da escola, estar vinculado à instituição por no mínimo 30 dias, pois se acredita que nesse período ele já presenciou/atuou em alguma situação envolvendo prestação de primeiros socorros ao aluno. Como critério de exclusão estipulou-se: ser aluno em estágio, professor em férias, licença, atestado ou afastamento de qualquer outra natureza, não participar de todas as fases

da pesquisa. A coleta de dados ocorreu em 2012, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética com o número 07281612.0.0000.5346. A entrevista semi-estruturada foi utilizada como instrumento de coleta de dados, sendo que as respostas dadas foram de modo escrito e o roteiro possuía simulações de situações problema, tais como: desmaio e convulsão, as quais serão relatadas neste trabalho. Organizou-se em: Entrevista A (diagnóstico do conhecimento prévio sobre primeiros socorros) e Entrevista B (conhecimento após a ação/intervenção das necessidades pontuadas pelos professores na capacitação). O processo de análise dos dados, juntamente com a discussão e a interpretação destes foi orientado pelo método de Análise de Conteúdo, de Bardin[7]. Além disso, afirma-se que as diretrizes e normas da Resolução 196/96 do CNS/MS foram atendidas. Para assegurar a confidencialidade e a privacidade dos sujeitos adotaram-se nas respostas a letra "P" (Professor), por exemplo: P1, P2 e assim sucessivamente.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da análise das entrevistas, emergiram seis categorias: "Concepção de primeiros socorros para os professores"; "Situações de primeiros socorros que acontecem na escola"; "Atuação dos professores em situações de primeiros socorros na escola".

**Concepção de primeiros socorros para os professores**

Sobre a concepção acerca do conceito de primeiros socorros, dez professores responderam que:

*"São os primeiros atendimentos que se ministra a alguém que sofre algum acidente" (P5);*
*"É o primeiro atendimento quando acontece alguma situação de risco à saúde da pessoa" (P16).*

Para eles o conceito de primeiros socorros pauta-se na elaboração de atendimentos iniciais logo após a vítima ter sido acidentada. Então, primeiros socorros compreendem as ações iniciais realizadas em curto espaço de tempo pela equipe de resgate no local onde ocorre o agravo à saúde, seja ele traumático, clínico ou psíquico[8]. Nesse mesmo contexto, outros oito professores conceituaram primeiros socorros como atendimentos imediatos e rápidos, como ilustrado:

*"Atendimento urgente e rápido para proteger a vida, a integridade física" (P3).*
*"A palavra já diz: é os primeiros momentos, de ajuda, atendimento imediato" (P9).*

Aqui o conceito de primeiros socorros está pautado na realização de uma assistência momentânea à ocorrência do acidente e deve, sobretudo, ser desempenhada de forma rápida por aquele que executa a função de socorrista. O aumento da sobrevida está relacionado com a instalação das etapas de suporte básico precocemente, estas incluem ativação do sistema médico de urgência, reconhecimento do risco de morte para a vítima e a utilização correta de procedimentos de primeiros socorros[9]. Portanto, para os professores participantes desta pesquisa, primeiros socorros significam atendimentos primários que devem ser prestados de forma imediata, sendo executada de forma segura e preventiva.

**Situações de primeiros socorros que acontecem na escola**

Conforme destacam os professores, dentre as situações de primeiros socorros que mais ocorreram na escola estão: os arranhões/escoriações; os tombos/quedas; as contusões/batidas; as torções; as luxações; as fraturas; os cortes; os desmaios; os enjôos; as dores "de cabeça" e dores "de estômago"; os sangramentos nasais e o mal estar. Em relação à frequência dos acidentes de maior ocorrência enumera-se: os arranhões/escoriações, doze vezes, seguida de tombos/quedas, onze vezes. Essa situação pode ser explicada porque essa escola tem como clientela, em sua maioria, crianças e adolescentes que, por vezes, nas brincadeiras durante o intervalo de aula, em atividades físicas, em pátios, corredores, escadas, banheiro, pracinha ou pela curiosidade, sofrem quedas que, geralmente, são seguidas de escoriações. Tal situação ocorre porque o ambiente escolar é propício ao risco de acidentes, então, O emprego de procedimentos corretos podem minimizar os danos à saúde do estudante e reduzir o tempo de recuperação, diminuindo assim sua ausência das atividades educativas e convívio social[1].

**Atuação dos professores em situações de primeiros socorros na escola**

Com vistas a identificar o conhecimento dos professores sobre primeiros socorros criaram-se situações problema que ilustrassem sua conduta diante de cada caso, antes e após a ação.

Desmaio

Um aluno está desmaiado no banheiro. O que você faria? Cinco professores, antes da ação, responderam que:

*"Afastaria os curiosos para circular o ar, tentaria identificar os sinais vitais e chamaria por socorro – SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)" (P3); "Colocaria ele em decúbito dorsal, escutaria sua respiração e chamaria a ambulância" (P17).*

Percebe-se que, em casos de desmaio, esses professores fariam um atendimento inicial à vítima e após pediriam auxílio a profissionais especializados. Em situações de urgência, a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser prontamente realizados de forma objetiva e eficaz, a fim de aumentar a sobrevida e reduzir as sequelas dessas vítimas[9]. Dois sujeitos responderam que diante da situação de desmaio chamariam a direção da escola. Isso está exposto a seguir:

*"Chamaria a direção" (P13); "Chamaria a direção da escola" (P18).*

Verifica-se por meio das falas que, a prestação de primeiros socorros à vítima por professores que ocupam cargos de chefia na escola transmitem segurança aos demais professores, pois sua responsabilidade, enquanto socorrista será transferida. Entretanto, isso poderá retardar os atendimentos primários que devem ser imediatos. É fato bastante conhecido que muitas vidas se perdem por falta desses cuidados imediatos que podem ser prestados por qualquer pessoa ainda no local da ocorrência, até a chegada de um médico ou de pessoas qualificadas[10]. Sete professores responderam que chamariam ajuda, mas sem especificar se seria profissional ou de outro leigo:

*"Chamaria ajuda" (P4); "Não tenho nem ideia, mas chamaria ajuda" (P11).*

Esses professores afirmam que não realizariam nenhum atendimento inicial à vítima, apenas esperariam a chegada de profissionais especializados, seja pelo desconhecimento da

conduta adequada perante os diferentes tipos de agravos à saúde que podem acometer o aluno ou até mesmo pela insegurança pessoal.

No intuito de capacitá-los, durante a ação foi trabalhado duas situações de desmaio: quando a pessoa está desfalecendo e quando ela já se encontra inconsciente. Inicialmente, foi definido que desmaio "é a perda transitória da consciência, ocasionada pela hiperfusão cerebral global e caracterizada por rápido início, curta duração e recuperação completa e espontânea" [11:212]. O desdobramento das ações teve como preocupação o destaque quanto à importância do reconhecimento rápido que requer uma situação de urgência, juntamente com a avaliação inicial da vítima e o chamado dos profissionais da saúde capacitados para condutas mais complexas. "Esse reconhecimento consta em sinais como: fraqueza, suor frio abundante, palidez intensa" [12:105]. Conforme a situação exposta na entrevista, a conduta correta a ser tomada por uma pessoa leiga em situação de desmaio é acionar o SAMU e verificar se a vítima está respirando. Se ela está respirando, enquanto aguarda a chegada dos profissionais, deve-se removê-la para um ambiente arejado, colocando-a deitada, com sua cabeça e ombros em posição mais baixa que o resto do corpo, elevando suas pernas com auxílio de uma mochila, já que o trabalho foi orientar os professores para atuarem utilizando noções de improvisações. Também, deve-se "afrouxar a roupa da vítima, lateralizando sua cabeça ou o corpo para prevenir afogamento com vômito, por exemplo, ou sufocamento com o relaxamento da musculatura" [12:106]. Após encontrar a vítima, deve-se procurar não abandoná-la, pois a observação dela possibilitará a transmissão de informações de grande relevância aos profissionais habilitados. Após essa ação, alguns professores responderam que, primeiramente, observariam a respiração da vítima, chamariam o socorro especializado ou já iniciariam manobras de ressuscitação cardíaca: *"Não abandonar a vítima; verificar se respira; chamar o SAMU" (P3); "Verificar se está respirando, caso não, fazer compressões cardíacas"(P5);"Se tiver respirando, inclina a cabeça e chama o SAMU" (P8).*

Esses depoimentos revelam que em situação de desmaio os professores não abandonariam a vítima, lateralizariam a cabeça, observando a atividade respiratória, em casos de ausência iniciariam compressões cardíacas, e chamariam socorro especializado. Outros professores responderam que:

*"Remover para um lugar arejado, deitá-lo e chamo o SAMU e responsáveis" (P1); "Manter o local arejado e levantar os membros superiores e inferiores, mantendo-o deitado" (P2).*

Esses professores, como procedimento de primeiros socorros em casos de desmaio, levariam as vítimas para um local arejado, levantando os membros superiores e inferiores, sendo que após chamariam auxílio especializado. Em síntese, antes da capacitação, em situação de desmaio, os participantes chamariam auxílio de profissionais especializados e, a seguir, solicitariam auxílio de docentes que ocupam cargo de chefia na escola ou apenas chamariam socorro especializado sem realizar nenhum procedimento antes de sua chegada. Entretanto, após a capacitação alguns referiram que não abandonariam a vítima,

observariam sua atividade respiratória, levariam para um lugar arejado ou iniciariam manobras de ressuscitação cardíaca, lateralizariam sua cabeça, elevando os membros superiores e inferiores.

Convulsão

Você percebe que há um aluno com comportamento diferente do habitual. Ele está bocejando, com aparência de grande cansaço, diz estar se sentindo fraco, com muita fome e sono. Em seguida ele cai ao chão e começa a se debater, tremer e a babar. Ele está convulsionando. O que você faz? Seis sujeitos responderam, antes da ação, que:

*"Deito ele [aluno] no chão, afasto móveis e curiosos, cuidando para não engolir a língua e espero passar a convulsão. Depois chamo a família e encaminho para o SAMU" (P3);"Sei que se devem afastar os outros, manter a cabeça elevada para não engolir a língua e chamar socorro" (P5); "Afastaria os móveis, seguraria seu corpo e colocaria um pano na boca para ele não morder a língua [...]"(P6).*

Tais depoimentos mostram que, em situação de convulsão, os professores preocuparam-se em afastar os móveis e realizar cuidados para que a vítima não "engolisse" ou mordesse a língua. Este é, provavelmente, um dos principais mitos relacionados à convulsão. A língua é um músculo do corpo como outro qualquer e assim como os demais músculos se contraem durante uma convulsão e relaxa após o episódio da mesma, o mesmo vai ocorrer com a língua dando a impressão que a vítima está "engolindo a língua"[13]. Já três participantes afirmam que:

*"Peço para chamar o SAMU, mantendo o aluno em espaço arejado e afastando objetos que possam machucá-lo" (P2); "Cuidaria que não tivesse nem um objeto para que ele não venha a se machucar e deixaria ali até que passasse a convulsão" (P10).*

Tais falas apontam o procedimento correto perante a situação de convulsão, pois os professores preocuparam-se com o ambiente onde a vítima está e, após, aguardariam o episódio convulsivo passar. Nessa situação, a vítima sempre cai, seu corpo fica tenso e retraído, ela debate-se violentamente no chão, batendo contra móveis, objetos, etc[14]. Em contrapartida, nove professores destacam que chamariam ajuda ou não saberiam o que fazer. Pensando nisso é que, ao realizar a capacitação referente à temática convulsão explicou-se aos professores que elas são consideradas alterações súbitas das funções cerebrais, causando contrações musculares involuntárias, apresentando normalmente perda de consciência. Sua ocorrência caracteriza-se pela perda repentina de consciência devido a atividade anormal do cérebro, sendo que estas contrações musculares violentas podem durar de dois a quatro minutos, depois disto, os movimentos vão enfraquecendo e a vítima recupera-se lentamente. A crise convulsiva pode acontecer em consequência de febre muito alta, intoxicação ou, ainda, devido à epilepsia ou lesões no cérebro[15]. As crianças têm uma predisposição maior às crises convulsivas que os adultos, levando em conta a maturação do sistema nervoso central nessa época da vida e considerando-se também as características próprias das crises convulsivas e as manifestações das crises que variam com a idade[16]. A conduta com crianças no momento da crise é acomodá-la colocando em decúbito horizontal

e com a cabeça inclinada lateralmente, protegendo-a contra traumatismos, procurar manter as vias aéreas desobstruídas e aguardar a crise passar[16]. Na maioria das vezes, quando acontece uma convulsão em sala de aula ou em outra dependência escolar, a criança passa a ser alvo de comentários, dos olhares dos colegas, dos professores e de outros possíveis presentes[15]. Levando-se em consideração tal situação, foram orientados os professores a preservarem a intimidade da criança que está convulsionando, retirando as demais crianças e pessoas do ambiente em que a crise está acontecendo. É conduta de socorro permanecer junto à vítima, até que ela se recupere totalmente. Enquanto espera-se esta recuperação, deve-se conversar com a vítima, demonstrando atenção e cuidado com o caso, e informá-la onde está e com quem está, para dar-lhe segurança e tranquilidade[12]. Além disso, deve-se, se possível, contar o tempo de duração da crise e o tempo de intervalo entre uma crise e outra, caso venha a se repetir, para informar aos profissionais de saúde, pois essa informação pode ajudar no tratamento da criança. Mas além de saber a conduta correta, os professores foram orientados também do que não pode ser realizado na vítima convulsionando, como: interferir nos movimentos convulsivos – mas assegurar-se que a vítima não está se machucando, não colocar nenhum objeto rígido entre os dentes da vítima, não jogar água fria no rosto da vítima[12].

Após a capacitação, dezessete professores responderam que afastariam os móveis, para proteger a vítima de lesões decorrentes das contrações involuntárias, lateralizariam sua cabeça, esperariam a convulsão passar, observando o tempo de duração, e chamariam socorro especializado, conforme descrito nos depoimentos seguintes:

*"Afasto todos os materiais que podem machucá-lo, marco o tempo de duração e intervalos e chamo socorro" (P1); "Afastaria as crianças do local, colocaria a jaqueta abaixo da cabeça e retiraria tudo a sua volta. Esperaria passar a descarga elétrica e levaria ao PA [Pronto Atendimento]" (P9).*

Neste estudo, pode-se ressaltar a importância do conhecimento nas condutas de atendimento à vítima de convulsão, porque, posterior à capacitação, a maioria dos participantes estariam aptos a prestar atendimento correto frente essa situação, sendo que apenas um professor destacou que continuaria pedindo auxílio aos colegas da direção da escola. As primeiras ações, como a identificação da crise, duração e os fatores que possam tê-la desencadeado, são informações pertinentes, pois são ferramentas fundamentais para nortear a conduta clínica diante dessa situação, visando à melhor recuperação da criança ou do adolescente, preferencialmente sem sequelas.

## CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou identificar o conhecimento dos professores acerca de primeiros socorros, mais comuns na escola, bem como sua abordagem metodológica conferiu dinamismo aos encontros e oportunidade de participação dos usuários no processo educativo. Através do diálogo foi possível o compartilhamento de dúvidas, proporcionando aprendizagem e ampliando o olhar para além da técnica, instigando a criatividade e

ensinando novas formas de fazer construídas nas possibilidades do ambiente escolar. Portanto, a promoção da saúde no ambiente escolar é fundamental para o desenvolvimento integral da cidadania, possibilitando a população desse ambiente o cuidado de si e a garantia de um ambiente mais seguro.

**ÁREA TEMÁTICA:** Educação

**REFERÊNCIAS**

1. Liberal EF. et al. Escola Segura. Jornal de Pediatria. 2005; 81: 155-63.

2. Rojo CF. Treinamento em primeiros socorros nas escolas. TILZ – Tearfund International Learning Zone, 2007 [acesso em 2012 Abr 16]. Disponível em: http://tilz.tearfund.org/Portugues/Passo+a+Passo+7180/Passo+a+Passo+75/Treinamento+em+primeiros+socorros+nas+escolas.htm.

3. Machado MAS et al. Conhecimento de professores do ensino fundamental sobre primeiros
socorros que devem ser prestados a alunos em ambiente escolar. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA e ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS- GRADUAÇÃO, 15., 11., 2011, Urbanova. Anais eletrônicos. Recife: Universidade do Vale do
Paraíba, 2011.

4. Fioruc BE et al. Educação em saúde: abordando primeiros socorros em escolas públicas no interior de São Paulo. Rev Eletr Enf [internet]. 2008 [acesso em 2013 Abr 05]; 10 (3): 695-702. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a15.htm.

5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.863, 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2003.

6. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 16. ed. São Paulo (SP): Cortez; 2008.

7. Bardin L. Análise de Conteúdo. 7 ed. Portugal: Geográfica Editora; 2009.

8. Romanzini EM, Bock LF. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. 2010; 18: 105-112. 2010.

9. Ferreira AVS, Garcia E. Suporte básico de vida. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2001; 2:214-25.

10. Albuquerque PC et al. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface – comunic. Saúde, Educação. 2010; 8: 259-74.

11. Martins HSM et al. Emergências clínicas – abordagem prática. Disciplina de Emergências Clínicas do Hospital das Clínicas da FMUSP. Barueli: São Paulo, 7. ed.; 2012, p. 212.

12. Ministério da Saúde (BR). Manual de Primeiros Socorros. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz; 2003c. 170p.

13. Hospital Pequeno Principe Neuropeditria. Epilepsia: derrubando alguns estigmas. 2012 [acesso em 2013 Mar 12]. Disponível em: http://www.neuropediatria.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=163:epilepsia-derrubando-algunsestigmas&catid=46:epilepsias&Itemid=104.

14. Hospital Santa Mônica. Vertigens, desmaios e convulsões. 2012 [acesso em 2013 Mar 22]. Disponível em: http://www.hospitalsantamonica.org/index.php/espaco-saude/primeirossocorros/ vertigens-desmaios-e-convulcoes.

15. Silva EAC et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré hospitalar. Rev Eletr Enf [acesso em 2013 Abr 05]. 2010; 12: 571-7, 2010. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a23.htm

# MODALIDADE RESUMO EXPANDIDO

# PRECEPTORIA DE CAMPO PELO ENFERMEIRO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

# PRECEPTORSHIP FIELD BY NURSES IN RESIDENCE MULTIPROFESSIONAL: EXPERIENCE REPORT

# CAMPO PRECEPTORÍA POR ENFERMERAS EN RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL: INFORME DE EXPERIENCIA

HOFFMANN, Izabel Cristina[1]
SCHMIDT, Sandra Marcia Soares[2]
NOAL, Helena Carolina[3]

1 Enfermeira. Doutoranda DINTER Novas Fronteiras (UNIFESP/UFSM/UFRJ). Enfermeira da área ambulatorial II no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)/UFSM e Preceptora de Campo dos residentes em área ambulatorial do programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de Saúde no HUSM . E-mail: izabel.h@gmail.com.
2 Enfermeira. Doutor em Enfermagem pela UFSC. Enfermeiro da Direção de Ensino e Pesquisa (DEPE). Integrante do Núcleo Gestor da Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de Saúde no HUSM.
3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFSM. Enfermeiro da DEPE e Coordenadora no HUSM da Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de Saúde.

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, foram criadas a partir da publicação da Lei n° 11.129 de 2005, são norteadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e envolvem as profissões da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. (Resolução CNS nº 287/1998)[1]. Com a residência multiprofissional surge também à função de preceptor de campo para os profissionais não médicos, assim, pode-se definir preceptor como os profissionais responsáveis pelo acompanhamento de alunos da área da saúde que irão realizar atendimento a pacientes. O preceptor deverá ter formação na área em que for atuar, seja na farmácia, fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem, nutrição, educação física, odontologia ou medicina. Ao preceptor cabe orientar, dar apoio, ensinar e compartilhar experiências práticas, auxiliando o residente no exercício da profissão, buscando estreitar a distância entre teoria e prática. Entende-se por campo o espaço com limites imprecisos em que cada disciplina e profissão na qual cada uma busca apoio em outras para cumprir suas ações e núcleo a área de saber e de prática de cada profissão (CAMPOS, 2000)[2]. O

Preceptor é o profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. Sua função caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa. Ele precisa ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática (BRASIL, 2013)[3]. O preceptor é o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica. Sua ação se dá por um curto período de tempo, com encontros formais que objetivam o progresso clínico do aluno ou recém-graduado. Tem, então, a função primordial de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação4. **Justifica-se** este relato de experiência por ser um novo espaço em que o enfermeiro pode compartilhar situações dos pacientes/familiares que envolvem outros profissionais e ao mesmo tempo um desafio como articulador entre os demais saberes e práticas num hospital-escola. Este trabalho tem como **objetivo**: relatar a atuação do enfermeiro como preceptor de campo na residência multiprofissional em área ambulatorial em um hospital escola no sul do Brasil. **A metodologia** que norteia este trabalho consiste em um relato de experiência sobre a atuação do enfermeiro como preceptor de campo dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, no ambulatório Ala II do Hospital Universitário de Santa Maria, de setembro de 2012 a julho de 2013, de segunda a sexta-feira, com funcionamento do ambulatório das 7 às 19hs; considerado como serviço de referência e contra referência para 44 municípios da região centro-oeste do Rio Grande do Sul. Atualmente o Enfermeiro que atua como preceptor de campo, trabalha com uma equipe de residentes da residência multiprofissional na área de concentração Mãe-bebê (gestantes de alto risco e puérperas; crianças/adolescentes da Clínica de Doenças infectocontagiosas); e da área de concentração Crônico degenerativo (pacientes da clínica de cabeça e pescoço), atuam nesse ambulatório residentes da enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social, terapia ocupacional e fonoaudiologia. Tendo como **principais resultados** que o Enfermeiro desempenha um papel importante de articulação entre os diversos profissionais na área da saúde, o campo prático configura o cenário de um hospital-escola, exigindo constante diálogo, comprometimento, comunicação, escuta e gerenciamento das ações, visão de conjunto, organização, bom relacionamento interpessoal e senso de atuação em equipe. Diante do exposto, podemos classificar os resultados em dois momentos, ou seja, avanços e desafios. Avanços: inter-relação transcendendo a equipe médica e de enfermagem, com os demais profissionais, quais sejam se insere nesta equipe multiprofissional, o psicólogo, assistente social, nutricionais, terapeuta ocupacional, entre outros. Logo o enfermeiro que assume o papel de preceptoria de campo, atua como articulador e intervém nas questões relacionadas aos pacientes em área ambulatorial. Atualmente percebe-se que a residência multiprofissional vem ocupando um papel importante nas decisões e seguimento dos pacientes em área ambulatorial, o que revela uma nova conotação de serviço, um novo arranjo na equipe de saúde, com uma dinâmica de

atenção a saúde das pessoas com visão multiprofissional, exemplo disso acontece na clínica da doença infectocontagiosa pediátrica, espaço de encontro multiprofissional semanal. Desafios: no inicio da atuação dos residentes multiprofissionais neste serviço ambulatorial enfrentou-se a dificuldade para incluí-los nos atendimentos dos pacientes/familiares, talvez pelo desconhecimento do real papel de cada profissional poderia desempenhar frente às diversas situações problemas advindas dos pacientes/familiares que chegam ao ambulatório, situações essas que muitas vezes ultrapassam as possibilidades do atendimento de uma equipe mínima, necessitando apoio de uma equipe multiprofissional, que supra as necessidades psicológicas, socioeconômicas, superando a visão biomédica. Outro aspecto relevante sobre os limites era em relação até onde cada profissional pode atuar, à medida que o espaço de núcleo de cada profissional foi sendo compreendido. Os residentes da multiprofissional tem sido grandes aliados na condução e enfrentamento de uma série de situações que podem ser compartilhadas oferecendo atendimento de qualidade. Atualmente a aceitação de novos profissionais nesses espaços foi superada pela importância das ações que os residentes da multiprofissional têm desenvolvido em área ambulatorial, buscando atuar em rede intra e extra-hospitalar com o intuito de atender o paciente no que ser refere aos aspectos de saúde-doença, uma vez que a integralidade da assistência é um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei nº 8.080/90, é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). Outro aspecto a se destacar é em relação a carga horária, em que o Enfermeiro preceptor atua concomitantemente com as demandas de sua escala de serviço sem dedicação exclusiva à residência multiprofissional. **Conclui-se**, portanto, que o enfermeiro tem ocupado um importante papel gerencial em toda a área ambulatorial o que acresce quando assume a preceptoria de campo, as possibilidades de contar com o apoio de outros profissionais e de proporcionar ações coletivas entre todos esses; essa oportunidade tem sido um desafio cotidiano para que o paciente/familiar seja assistido com dignidade, qualidade, pautado na política de humanização e de forma integral em cenário de saúde publica. Ainda a residência multiprofissional tem possibilitado a integração ensino-serviço, o que qualifica saberes e práticas profissionais. Embora se saiba que tudo o que é "novo" acontece de forma processual, precisa-se rever muitos aspectos em relação a tornar a residência multiprofissional como uma política institucional em cenário de hospital-escola para que isso se torne prática cotidiana de todos os profissionais de saúde.

**Área temática**: Educação

**Descritores:** papel profissional; enfermagem; especialização; tutoria / preceptoria; profissional da saúde.

**Keywords:** professional role; nursing expertise, mentoring / preceptorship; health professional.

**Palabras clave:** papel profesional, conocimientos de enfermería, asesoramiento / preceptores; profesional de la salud.

**REFERÊNCIAS**

1 BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acessado em: 11 de junho de 2013.

2 CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000, vol.5, n.2, p. 219-230.

3 BRASIL. MEC. Ministério da Educação. Residência multiprofissional. 2013. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12501&Itemid=813.

4 BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, Sept. 2008. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022008000300011&lng=en&nrm=iso.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PRINCIPAIS VANTAGENS E DESVANTAGENS DA SIMULAÇÃO NO ENSINO EM ENFERMAGEM

# KEY BENEFITS AND SIMULATION OF HANDICAP IN TEACHING IN NURSING

# BENEFICIOS Y SIMULACIÓN DE HANDICAP EN DOCENCIA EN ENFERMERÍA

COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes1
OLIVEIRA, Isabelle Christine Marinho de2
MELO, Gabriela de Sousa Martins3
ARAÚJO, Rhayssa de Oliveira4
FREITAS, Camylla Cavalcante Soares de5
TORRES, Gilson de Vasconcelos6

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da UFRN. E-mail: isabellekfc@yahoo.com.br
2 Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa Incubadora Procedimentos de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: isabelle_1807@hotmail.com
3 Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista CAPES. E-mail: gabrielasmm@hotmail.com
4 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista CAPES/DS. E-mail: rhayssa.noe@hotmail.com
5 Discente em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de iniciação científica/CNPq. E-mail: camyllafreitas_@hotmail.com
6 Enfermeiro. Pós-doutor. Professor Titular do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista PQ-2. E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com

**Introdução:** A experiência clínica é reconhecida como essencial para o desenvolvimento prático dos estudantes de enfermagem.[1] Embora, o aprendizado na prática seja um recurso estabelecido na aquisição de conhecimento, nem sempre é um meio prático ou rentável no treinamento de habilidades com pacientes reais, devido à gravidade dos pacientes e por questões de segurança, afetando o desenvolvimento da competência clínica necessária no cuidado.[2] No entanto os profissionais de saúde precisam ter a habilidade para analisar a situação do paciente, e as informações do processo, de modo a desenvolver e implementar os cuidados adequados e seguros em tempo hábil.[1] Atualmente, devido à complexidade dos sistemas de saúde, a limitação dos estágios clínicos pelo aumento da demanda de estudantes de todas as profissões de saúde, ficou mais difícil proporcionar aos alunos de enfermagem

experiências clínicas suficientes em pacientes reais para garantir a sua competência.[2,3] Com isso, a criação de experiências de aprendizagem inovadoras, como uso da tecnologia de simulação, surge como uma tentativa de diminuir esses déficits proporcionando ao estudante oportunidade de adquirir competências essenciais em um ambiente que represente a realidade.[4,5] Embora a simulação não substitua a necessidade de aprender na prática clínica, complementa outras abordagens de ensino e aprendizagem na preparação de profissionais de modo a melhorar a qualidade do atendimento ao paciente.[2] Logo, a aprendizagem clínica simulada tem sido identificada como uma técnica eficaz para ajudar com a aquisição de habilidades clínicas, sendo recomendada como suplemento dos estágios clínicos limitados. Assim, com o crescente corpo de evidências sugerindo que o uso de simuladores melhora o aprendizado clínico e promove a segurança do paciente, estudos que comprovem essa contribuição são uma importante achado para a simulação. Diante do exposto, esse estudo teve como questão norteadora: Quais as vantagens e desvantagens da simulação para o ensino em enfermagem? **Objetivo:** Identificar as principais vantagens e desvantagens da simulação no processo de ensino em enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, do tipo descritiva, realizada nas bases de dados BVS, SCOPUS, CINAHL e ISI WEB OF KNOWLEDGE, utilizando os descritores controlados DeCS/*MeSH*: "Educação em enfermagem"/ *Nursing, Education*, "Estudantes de enfermagem"/ *Nursing, Students*, e "Simulação" /*Simulation*. A integração desses descritores na base citada se deu através do operador booleano AND. A coleta de dados, seguiu as seguintes etapas: elaboração da questão norteadora; construção dos objetivos; formulação dos critérios de inclusão e exclusão; pesquisa dos estudos; análise dos dados; descrição dos resultados e discussões; e apresentação do estudo. Para a seleção adequada dos estudos, tomaram-se como referência os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis gratuitamente, de acesso livre, no idioma português, inglês, e espanhol, no período entre 2008 e 2013, com publicações cujo objeto de estudo estivesse relacionado à simulação. Editoriais, carta ao editor, artigos de revisão e pesquisas que não abordassem o tema estudado foram critérios que levaram a excluir alguns estudos. A seleção dos artigos seguiu uma organização de análise, a saber: seleção dos artigos pelo título, seguido de leitura dos resumos. Os artigos que se adequaram ao objetivo do trabalho e que obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados para leitura e análise na íntegra. Na busca online foram encontrados 62 artigos completos na BVS, 102 estudos na CINAHL, 77 artigos completos na ISI e 280 artigos na SCOPUS. Com leitura dos títulos e resumos, foram identificados 40 trabalhos potencialmente relevantes, sendo avaliada a presença ou não das contribuições da simulação no processo de ensino-aprendizagem. Destes, 25 foram excluídos, pois não as referiam e, portanto, não contemplavam o foco desta revisão. Após a leitura na integra, 15 estudos foram selecionados para a amostra final, três artigos eram da BVS, sendo todos indexados a MEDLINE, cinco artigos no CINAHL, três artigos na ISI e quatro artigos na SCOPUS. Os Três artigos encontrados na BVS também foram encontrados na SCOPUS, totalizando sete artigos encontrados nessa base. Após a leitura e

análise dos artigos na íntegra, os dados foram categorizados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Office Excel 2010 e analisados por meio de estatística descritiva. O instrumento adotado contemplou as seguintes variáveis: identificação do estudo (autores, título, ano de publicação, base de dados, periódico), objetivos do estudo, características metodológicas (tipo de pesquisa, abordagem, objeto e local do estudo), resultados (descrição e análise crítica dos resultados, incluindo os aspectos específicos do tema estudado), e conclusão (sugestões e relevância a prática). **Resultados:** Dos 15 estudos que constituíram a amostra, seis (40%) são estudos qualitativos, sete (46,6%) quantitativos e dois (13,3%) quanti-qualitativos, sendo o objeto prioritário de estudo dos artigos os estudantes de enfermagem (100%). No que se refere ao país de origem, seis (40%) dos artigos foram desenvolvidos no Reino Unido. A revista com o maior número de publicações foi a Nurse Education Today, com cinco (33,3%) artigos. E o ano com mais publicações foram 2011 e 2012 com quatro artigos cada (26,6%), ressaltando a atualidade dos dados. A análise dos artigos documentados mostrou mais vantagens que desvantagens para a simulação, enquanto as desvantagens estiveram relacionadas às dificuldades, o que mostra que não houve prejuízos no processo de ensino e aprendizagem. Dos artigos selecionados, uma série de vantagens da simulação foram identificadas, como: aumento da confiança e da autoeficácia, desenvolvimento de habilidades de comunicação, aprendizagem ativa e reflexiva, melhora significativa do conhecimento, desempenho, julgamento clinico e tomada de decisão, feedback, competência, satisfação, interação, e trabalho em equipe, de tal modo a oferecer um ambiente seguro e realista. Dentre as vantagens da simulação mais citadas na literatura, temos o aumento da confiança e da autoeficácia na quase totalidade dos estudos, mostrando que a simulação é um método aprendizagem significativo que promove a confiança e o desempenho dos alunos em pacientes clínicos reais, percebendo sua capacidade real como um fator central, devido a um aumento da sensação de autoeficácia na prática em laboratório. Como principais desvantagens/dificuldades dos simuladores de alta fidelidade, podemos citar a complexidade do equipamento, o alto custo tecnológico, elevados recursos de tempo e pessoal, manutenção contínua, além do excesso de confiança em equipamentos automatizados em áreas clínicas. Enquanto nos simuladores com menos fidelidade, as dificuldades mais evidenciadas foram à falta de realismo da situação simulada e a pobreza dos escores cognitivos. De modo que para justificar e recomendar seu uso, pesquisas em andamento precisam garantir sua eficácia.[1] De acordo com os estudos selecionados nessa revisão, foi verificado, que embora a simulação esteja sendo amplamente utilizada, ela continua restrita em muitas instituições, tornando grande parte da pesquisa publicada limitada, sendo mais evidenciada no âmbito internacional,[3] o que dificulta sua analise nos cenários propostos. Esse alto custo em modalidades de simulação de alta fidelidade ainda é bastante questionado, principalmente quando o aumento dos custos associados não pode ser justificado por um aumento concomitante dos resultados de aprendizagem. Logo, para garantir seu efeito, é importante determinar métodos de simulação mais adequados e de

baixo custo na utilização para a prática clínica. **Conclusões:** A síntese das pesquisas qualitativas e quantitativas disponíveis possibilitou conhecer uma expressiva produção sobre o tema e concluir que a investigação por métodos aprimorados de simulação tem sido uma preocupação real da enfermagem. Esta análise identificou a aprendizagem simulada como um conceito dinâmico, e como principal sugestão foi identificado à avaliação empírica da simulação para determinar os seus efeitos, e descobrir o seu potencial como estratégia de aprendizagem. Sendo, por sua vez, realizados por métodos mais adequados e de baixo custo de modo a preparar os alunos da graduação para a prática clínica real. Como principais recomendações deste estudo, salienta-se a necessidade de aplicação e desenvolvimento de estudos experimentais no cenário brasileiro, considerando suas peculiaridades, potencialidades e limitações, suas vivências particulares nas áreas do ensino, da pesquisa, da extensão e da prática clínica, uma vez que a totalidade dos trabalhos analisados origina-se de experiências internacionais.

**Área temática:** Educação.

**Descritores:** Educação em enfermagem**;** Estudantes de enfermagem**;** Simulação**.**

**Descriptors:** Nursing Education; Nursing Students; Simulation.

**Descriptores:** Educación en Enfermaría; Estudiantes de Enfermaría; Simulación.

**REFERÊNCIAS**

1 Reid-Searl K, Eaton A, Vieth L, Happell B. The educator inside the patient: students' insights into the use of high fidelity silicone patient simulation. J Clin Nurs. 2011; 20(19-20): 2752-60.

2 Murray C, Grant MJ, Howarth ML, Leigh J. The use of simulation as a teaching and learning approach to support practice learning. Nurse Education in Practice. 2008; 8 (1):5-8.

3 Yuan HB, Williams BA, Fang JB. The contribution of high-fidelity simulation to nursing students' confidence and competence: a systematic review. International Nursing Review. 2012; 59 (1): 26-33.

4 Bambini D, Washburn J, Perkins R. Outcomes of clinical simulation for novice nursing students: communication, confidence, clinical judgment. Nursing Education Perspectives. 2009; 30 (2): 79-82.

5 Secomb J, McKenna L, Smith C. The effectiveness of simulation activities on the cognitive abilities of undergraduate third-year nursing students: a randomised control Trial. Journal of clinical nursing. 2012; 21 (23-24): 3475-3484.

# EDUCAÇÃO PERMANTE: UMA ESTRATÉGIA DOS PROCESSOS QUE QUALIFICAM A ATENÇÃO E A GESTÃO EM SAÚDE

# PERMANENT EDUCATION: A STRATEGY OF PROCEDURES THAT QUALIFY ATTENTION AND MANAGEMENT IN HEALTH

# EDUCACIÓN PERMANENTE: UNA ESTRATEGIA DE PROCEDIMIENTOS QUE CALIFICA LA ATENCIÓN Y GESTIÓN EN SALUD

POTTER, Clarissa1
Pinno, Camila2
Marchesan, Mariane3
Soares, Rhea Silvia4
Silva, Marion Rosângela5
Costa, Leticia Machado6
Stekel, Lilian Coelho7

1 Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa MariaUFSM, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.cissa.pr.enf@gmail.com.br.
2 Enfermeira, Graduada em Enfermagem pelo Centro de Ensino Superior do Norte do RS UFSM, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, RS,Brasil. camilapinno@yahoo.com.br.
3 Enfermeira, Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano UNIFRA, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, RS, Brasil.marimarchesansm@gmail.com.
4 Enfermeira. Mestranda do PPGENF. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. rheasilviasoares@yahoo.com.br.
5 Enfermeira. Doutoranda em Ciências DINTER NOVAS FRONTEIRAS UNIFESP-UFSM-UFRJ/EEAN. cucasma@terra.com.br.
6 Enfermeira. Servidora técnico/administrativa da UFSM/HUSM. Pós-graduada em Formação Pedagógica de Docentes para a Educação Profissional pelo SEG Sistema Educacional Galileu. Santa Maria, RS. leticiamc@ibest.com.br.
7 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de pós graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGENF). Servidora Técnico/administrativa da UFSM/HUSM.

**Introdução:** A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) lançada pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em

saúde, o que fortalece o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população. Em agosto de 2007, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.996, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Esta Portaria considerou na sua elaboração: a proposta pactuada pelo MS para a Política de Educação e Desenvolvimento para SUS em 2003; os princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde – NOB/RHSUS e as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, entre outros. [1] É necessário que a educação dos profissionais da saúde os prepare para viver no mundo de rápidas transformações, no qual precisam conciliar as necessidades de desenvolvimento pessoal com as do trabalho e as da sociedade. Nesse sentido, as mudanças resultantes da globalização e dos avanços tecnológicos requerem uma equipe com visão ampliada do mundo, que estabeleça parcerias e relações dentro e fora das profissões, para possibilitar o desenvolvimento de profissionais comprometidos a transformar-se e a transformar o meio em que vivem. A área da saúde é caracterizada pela competitividade e por incertezas, exigindo assim profissionais atuantes e capacitados, o que implica uma formação geral que deve incluir não apenas a habilidade técnica, mas, também a capacidade de aprender a aprender continuamente. A equipe de saúde deve ter facilidade de adaptação e flexibilidade, as quais embasam a responsabilidade, a autonomia e a criatividade, posto que levem à reflexão acerca da importância das relações sociais e, assim, assegurem a qualidade dos serviços prestados. Desse modo, a educação permanente surge como uma ferramenta na formação do sujeito, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento. Atualmente, não basta ‘saber’ ou ‘fazer’, é preciso ‘saber fazer’, interagindo e intervindo para que a formação se caracterize pela autonomia, pela capacidade de aprender constantemente, de relacionar a teoria com a prática e vice-versa. **Objetivo:** refletir sobre o fortalecimento das ações do Programa de Educação Permanente nas unidades de clinica médica de um hospital público de alta complexidade no Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Este relato é fruto da vivência no período de março a julho de 2013 em atividades práticas do núcleo de enfermagem da Área de Concentração Crônico Degenerativo da Residência Multiprofissional de uma Universidade Federal. **Resultados**: As atividades de preceptoria e tutoria possibilitam perceber que a educação permanente é uma habilidade de aprendizagem contínua, desenvolvida pelo sujeito durante sua vida, por meio de suas relações pessoais, profissionais e sociais, no intuito de transformar-se, conforme os processos de mudança. Este processo muitas vezes é dificultado em consequência de limitações encontradas dentro das equipes de saúde, restringidas, reguladas, segmentadas; grande demanda de serviço de caráter técnico; falta de adesão de alguns componentes das equipes, os quais podem enfraquecer esse processo. Então, considerasse que a educação permanente é um compromisso pessoal a ser aprendido e conquistado com as mudanças de atitudes decorrentes das experiências vividas no processo de trabalho. A educação permanente consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos sujeitos, a

aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes. É, portanto, intrínseca, uma capacidade a ser desenvolvida, uma competência, é o aprender constante em todas as relações do sujeito. Formar facilitadores em educação permanente em todas as unidades de saúde e na sede da secretaria, envolver gestores, trabalhadores, usuários e instituições de ensino nas discussões, refletir sobre a prática e construir propostas de capacitação, sensibilização, treinamentos e outras intervenções visando a formação dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS, transformar as práticas cotidianas, os processos de trabalho e as relações. [2]Ceccim & Ferla[2], consideram que a Educação Permanente em Saúde se configura, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Assim a educação permanente em saúde se apropria da realidade vivenciada no cotidiano do trabalho em saúde e dos problemas e experiências dos atores envolvidos, a partir dos quais se produz conhecimentos que geram mudança. Segundo Merhy & Franco[3], a ação intencional do trabalhador sobre seu objeto de trabalho, através de suas ferramentas, meios e modos de organização, confere sentido a esse objeto. Esta relação entre trabalho e trabalhador indica que nenhum trabalho é igual ao outro, pois cada especificidade da produção exige técnicas distintas, matéria-prima diferente, modos específicos de organizar o trabalho e trabalhadores próprios para aquela produção. O processo de trabalho em saúde envolve e opera tecnologias que expressam processos de produção de relações intercessoras. Estas tecnologias são classificadas por Merhy[3] como "leves", "leveduras" e "duras". A partir de um conceito ampliado para o termo tecnologia, que ultrapassa a noção de equipamentos e máquinas e avança para a definição de saberes constituídos para a produção de produtos singulares, incluindo a organização das ações humanas nos processos produtivos e sua dimensão inter-humana. Verifica-se no setor saúde um trabalho coletivo exercido por profissionais de diversas categorias, em número considerável, que desenvolvem suas atividades de forma parcelada, fragmentada e hierarquizada. O processo de trabalho em saúde se caracteriza pela separação entre concepção e execução, baseando-se nesses critérios para se distribuir os membros de uma equipe. Essa divisão técnica do trabalho, hegemônica nos serviços de saúde, pode interferir nos processos de trabalho, e, consequentemente, na qualidade do mesmo. Freire[4], ao tratar do conceito de educação, coloca, ainda, que não existe saber ou ignorância absoluta, mas uma relativização do saber e da ignorância, conforme o contexto, o assunto, a realidade em que se está inserido os sujeitos. Assim sendo, a educação permanente merece atenção dos profissionais, devido às exigências em preparar-se para as rápidas mudanças no mundo, conciliando as necessidades de desenvolvimento pessoal e profissional com as da instituição e as da sociedade. Portanto, é necessário estabelecer sistemas de monitoração e de avaliação permanente dos avanços e retrocessos que podem ocorrer. Supõe-se identificar um reduzido, mas indispensável número de fontes de informação, indicadores e métodos de registro dos diversos eventos e processos em desenvolvimento. Cabe ressaltar que esta proposta de fortalecimento poderá subsidiar a redefinição das ações de educação permanente não apenas da clínica médica, mas de todos os serviços/setores em que são

desenvolvidas as ações de educação permanente em saúde. **Conclusões:** A Educação Permanente em Saúde trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e uma melhor articulação dentro e fora das instituições. Um dos fatores mais importantes desta proposta é a reflexão crítica dos processos de trabalho. A assistência em saúde e as relações melhoram a partir da responsabilização de cada envolvido. A proposta de educação permanente assume como objetivo a melhoria de qualidade do serviço que se oferece à população, constituindo-se em um instrumento pedagógico da transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores nos planos individual e coletivo. Assim, para se compreender a educação permanente em saúde faz-se necessário compreender para além do conceito de educação permanente em saúde propriamente dito, se enveredando pelo campo da saúde, com suas particularidades, complexidades e relações. Tal contextualização leva à compreensão de que a formação profissional com qualidade deve ter uma sólida base de formação geral, em contínua construção, num processo de educação permanente, pois, desse modo, ocorre a complementação para a formação integral do sujeito.

Á**rea temática:** Educação em saúde

**Descritores:** Educação; Gestão em Saúde; Atenção à Saúde.

**Descriptors:** Education;Health Management; Health Care.

**Palabras clave:** Educación; Gestión de la Salud; Cuidado de la Salud.

**REFERÊNCIAS**

1.Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário oficial da União, 2007; 22 Ago.

2. Ceccim RB, Ferla AA. Educação Permanente em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadora. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006, p. 10712.

3. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2009.

4. Freire P. Educação e Mudança. Tradução de Moacir Gadotti e Lillian Lopes Martins. 30 ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2007.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PERSPECTIVAS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS A PARTIR DA LIDERANÇA DIALÓGICA

# PERSPECTIVES IN THE TRAINING OF NURSES THROUGH THE DIALOGIC LEADERSHIP

# PERSPECTIVAS EN LA FORMACIÓN DE ENFERMEROS A PARTIR DEL LIDERAZGO DIALÓGICO

AMESTOY, Simone Coelho1
BACKES, Vânia Marli Schubert2
TRINDADE, Letícia de Lima3
THOFEHRN, Maira Buss4

1 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas -UFPel. simoneamestoy@hotmail.com
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Associada II do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC. Pesquisadora CNPq.
3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e do Mestrado em Ciências da Saúde da UNOCHAPECÓ.
4 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas -UFPel.

**Introdução:** Diante das diversas mudanças que estão ocorrendo no cenário mundial, originadas dos âmbitos econômico, social, político, ético e filosófico, que caracterizam a complexidade dos tempos atuais, emerge a necessidade de maior flexibilização e visão ampliada sobre o conhecimento, exigindo a formação de profissionais que dominem novas competências e habilidades, dentre elas a liderança[1]. A liderança consiste em uma competência profissional do enfermeiro, sendo considerada como um fenômeno de influência grupal, no qual é imprescindível agregar esforços individuais, para atingir as metas compartilhadas pelo grupo[2]. Assim, liderar constitui-se na capacidade do líder de conduzir e organizar o trabalho da equipe com o objetivo de disponibilizar uma atenção eficiente, utilizando-se para isso conhecimentos técnico-científicos e o domínio de habilidades humanas e interpessoais [3]. Neste sentido, a competência da liderança representa o elo de apoio para a equipe, tanto no que se refere à educação como a coordenação do serviço, pois tem a responsabilidade de estimular o desenvolvimento do potencial coletivo, o que irá interferir diretamente na qualidade da assistência[4]. No entanto, a literatura identifica o descontentamento de enfermeiras, que trabalham no ambiente hospitalar,

quanto ao processo formal de ensino-aprendizagem da liderança disponibilizado por algumas Instituições de Ensino Superior, devido à desarticulação entre a formação e as exigências do mercado de trabalho, além do pouco incentivo que a instituição hospitalar destina ao aprimoramento profissional[1,5]. No cenário atual, almeja-se a formação de enfermeiros capazes de atender as necessidades dos indivíduos e coletividades. Para tanto, torna-se essencial repensar os descompassos existentes entre o ensino e às exigências do mercado de trabalho, altamente competitivo, individualizado e alienante. Identifica-se aqui, uma lacuna do conhecimento que aponta para a existência de diversos estudos sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança, porém, nota-se a escassez de pesquisas que buscam avaliar a instrumentalização dos egressos e a aplicação da liderança, de modo a contribuir para a construção de espaços dialógicos, fundamentados em uma gestão participativa e crítica nas instituições hospitalares. Com o intuito de fundamentar o estudo, utilizou-se o referencial teórico de Paulo Freire, o qual permitiu a reflexão e tessitura de novas perspectivas frente à formação do enfermeiro-líder. **Objetivos:** O presente estudo teve como objetivo compreender o exercício da liderança como competência profissional na prática desenvolvida pelo enfermeiro em hospitais gerais de Florianópolis, Santa Catarina. E como objetivos específicos: conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança, identificar os desafios vivenciados na prática da liderança, por enfermeiros que foram técnicos de enfermagem, compreender os principais conflitos vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar, bem como as estratégias adotadas para seu enfrentamento e analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que facilitam a adoção da liderança dialógica no ambiente hospitalar. **Metodologia:** A pesquisa utilizou a abordagem qualitativa do tipo descritiva, na qual foi usado o estudo de caso como estratégia de investigação. Participaram do estudo 25 enfermeiros que trabalham em três hospitais da cidade de Florianópolis, destes 10 trabalham no Hospital Imperial de Caridade, 10 no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago e cinco no Hospital Governador Celso Ramos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número do Processo 658/10. As informações foram obtidas de maio a dezembro de 2010. Para coleta dos dados realizou-se entrevistas semi-estruturadas, observação não-participante, totalizando 100 horas de observação e oficinas dialógicas, sendo realizadas três oficinas, uma em cada hospital. Os dados foram analisados por meio da proposta operativa de Minayo, emergindo três temas: Formação do enfermeiro-líder, Exercício da Liderança na prática profissional e Estratégias que facilitam o exercício da liderança, os quais foram desdobrados em categorias e subcategorias, destacando-se quatro categorias: Processo de ensino aprendizagem da liderança, Ascensão profissional, Gerenciamento de conflitos e Liderança dialógica. **Resultados:** A partir dos resultados, salienta-se a ênfase do tecnicismo na formação e a adesão dos docentes a práticas pedagógicas que se aproximam da transmissão do conhecimento e a escassa abertura para o diálogo, características da educação tradicional, também denominada de educação bancária.

Sobre a ascensão profissional, evidenciou-se que "ser" enfermeiro e atender as responsabilidades que lhe são atribuídas, bem como a liderança da equipe de enfermagem consistem nos principais desafios vivenciados na prática da liderança por enfermeiros que foram técnicos de enfermagem. Também foi possível identificar o predomínio de conflitos de origem interpessoal envolvendo a equipe multiprofissional e de enfermagem. Os primeiros ocorrem devido a relações de poder e de dificuldades em limitar as ações de cada profissional em seu campo de atuação, já os conflitos entre o enfermeiro e sua equipe estão relacionados principalmente a falta de continuidade no trabalho. Ao analisar as estratégias utilizadas por estes profissionais que facilitam a inserção da liderança dialógica no ambiente hospitalar, destacaram-se: o diálogo, humildade, dar o exemplo, resolutividade, reuniões e trabalho em equipe. O reconhecimento destas estratégias permite que os enfermeiros possam colocá-las em prática, a fim de potencializar o gerenciamento do cuidado e da equipe de enfermagem, colaborando para a melhor qualidade da assistência. **Conclusões:** Os resultados do estudo indicam que os enfermeiros exercem a liderança em sua prática, pautados, principalmente no diálogo. Desta forma, verifica-se que a tese do estudo foi contemplada, pois os resultados demonstram que liderança constitui-se em uma competência profissional da enfermagem, que ao ser desenvolvida na perspectiva dialógica durante o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro, contribui para a construção de profissionais politizados, criativos, críticos, reflexivos, bem como auxilia na tomada de decisões, na resolução de situações conflitantes e na potencialização do cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde. Salienta-se que independente da instituição hospitalar, os enfermeiros apresentaram dificuldades semelhantes em se posicionar frente à equipe de enfermagem e multiprofissional, na tomada de decisões e gerenciamento de conflitos, principalmente, em virtude do pouco tempo de experiência profissional. Diante deste resultado, defende-se que a Liderança dialógica, quando inserida ao longo do processo ensino-aprendizagem do enfermeiro, poderá contribuir para a formação de profissionais politizados, críticos e reflexivos, além de auxiliar na construção de relações horizontais no ambiente de trabalho, que permitem trocas de conhecimentos e aprimoramento coletivo, o gerenciamento de situações conflitantes e a fomentação de espaços que possibilitem a participação ativa dos enfermeiros, equipe e usuários, enquanto atores sociais.

**Área temática:** Educação.

**Descritores:** Enfermagem; Liderança; Educação em Enfermagem.

**Descriptors:** Nursing; Leadership; Education and Nursing.

**Descriptores:** Enfermería; Liderazgo; Educación en Enfermería.

**REFERÊNCIAS**

1. Amestoy SC, Backes VMS, Trindade LL, Canever BP. Produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(1): 227-33.

2. Santos I, Castro CB. Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):734-42.

3. Strapasson MR, Medeiros CRG. Liderança transformacional na enfermagem. Rev Bras Enferm. 2009; 62(2):228-33.

4. Gelbcke FL, et al. Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. Rev Bras Enferm, 2009; 62(1):136-39.

5. Amestoy SC, Cestari ME, Thofehrn MB, Milbrath VM, Trindade LL, Backes VMS. Processo de formação de enfermeiros líderes. Rev Bras Enferm; 63(6): 940-45.

# PERSPECTIVAS DE UMA PROFISSIONAL DIANTE DA TRAJETÓRIA ACADÊMICA EM SEU AMBIENTE DE TRABALHO

# PROSPECTS OF A PROFESSIONAL BEFORE THE ACADEMIC CAREER IN YOUR WORKPLACE

# PERSPECTIVAS DE UN PROFESIONAL ANTES DE LA CARRERA ACADÉMICA EN SU LUGAR DE TRABAJO

CARVALHO, Janete Severo de[1]
NEVES, Eliane Tatsch[2]
BUBOLTZ,FernandaLuisa[3]
SILVEIRA, Andressa da[4]
HEINZ, Júlia[5]
ZAMBERLAN, Kellen Cervo[6]

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Integrada de Santa Maria (FISMA). E-mail:deviga@ibest.com.br
2 Enfermeira Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
3 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Mestranda em Enfermagem da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
4 Enfermeiras, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).
5 Acadêmica do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
6 Enfermeira, Mestranda do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.

**Introdução:** O Acadêmico de enfermagem ao assumir uma unidade a qual trabalha como técnico de enfermagem passa por momentos conflituosos, onde divide, a ansiedade do fazer e do saber o porquê de estar fazendo. Esse momento possibilita o crescimento do profissional que passa a refletir como desenvolver as práticas e processos de enfermagem, projetando o futuro profissional. Nesse sentido, enfatiza que a utopia exige conhecimento crítico, presença no mundo para denunciar e intervir na realidade desumanizante. Assumir uma presença capaz de observar, comparar, avaliar, decidir e intervir, adotando tão criticamente quanto possível a competência política capaz de transformar. Além de todo esse fecundo ensinamento, Freire nos leva a pensar que, se não é possível realizar certo sonho ou projeto de mundo, devemos usar possibilidades não apenas para falar da desejada

utopia, mas para participar de práticas com ela coerentes, como seres[1]. As suas ideias se inter-relacionam e se propagam com os outros e com os objetos que formam a totalidade na qual vive se desenvolve e trabalha aqui entendido como o espaço/ambiente do ensino, isso vai ao encontro do que a colega pensa e de quanto ele realmente te aceita como futuro enfermeiro o qual pode vir a comandar uma equipe, a sua equipe. O processo de formação acadêmica requer transformação, isso implica no entendimento de que vivemos num fluxo de movimentos caracterizados pela interdependência, cooperação, influência mútua e pela interatividade[2]. O cotidiano do Ensino Superior de Enfermagem afirma que uma das características mais importantes da "presença" do ser é a sua constituição enquanto "ser-no-mundo", ou seja, traços fundamentais da sua existência, no trabalho têm convívio diariamente com pessoas que contribuem para um bom ambiente e outras nem tanto, E como futuros profissionais temos que saber agir com as dificuldades a qual encontramos para isso devemos nos fundamentar em questões que nos respalde profissionalmente. Com base nessas ponderações, as práticas pedagógicas da enfermagem necessitam ir além das questões da academia e abranger questões das praticas que dizem respeito ao entendimento da realidade, de significados, de ser e de conviver no mundo onde buscamos o nosso espaço sem invadir o do outro. Têm-se então pessoas que sentem, pensam, discutem, trabalham se inter-relacionam e convivem, mas nem sempre estão dispostos a se atualizar e isso também é importante o respeito com a liberdade de opiniões. **Objetivo:** Refletir, a partir da vivência do Estágio Supervisionado I do Curso de graduação em Enfermagem sobre ser-enfermeiro na perspectiva da assistência e do olhar diferenciado da academia. Assim justiça-se este trabalho na medida em que visa-se contribuir com a produção do conhecimento a respeito do ser-acadêmico de enfermagem no ambiente de trabalho. **Metodologia:** Trata-se de uma reflexão a partir da experiência do Estágio Supervisionado I do Curso de Graduação em Enfermagem desenvolvido no ambiente de trabalho onde atua-se como técnica de enfermagem. O estágio foi desenvolvido no período de maio a junho de 2013 em um hospital escola credenciado pelo Sistema Único de Saúde localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul. O cenário do estágio é um pronto-socorro pediátrico, serviço que atende urgências e emergências de toda região da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado. **Resultados:** A Educação Superior em diferentes graus tem buscado responder pela inclusão dos acadêmicos nos seus locais de trabalho isso vem fortalecer e constituir uma verdadeira teia de relações entre o funcionário que compõem o espaço e seu ambiente. Esses aspectos, em relação ao ser- enfermeiro docente leva ao questionamento: Como o Enfermeiro-Docente pode mediar suas relações nessa teia para minimizar a fragmentação das ações de saúde em um mesmo espaço? É preciso (re) pensar a respeito dos conceitos que a enfermagem elaborou e possui referente ao ser do humano, o cuidado, o ambiente, a saúde e verificar o que é possível fazer para contribuir em prol da realização de um cuidado integral, foco da disciplina de enfermagem. Para acabar com as disputas e concorrências no ambiente de trabalho a inúmeras oportunidades de se adquirir o conhecimento sem ocupar o espaço de alguém. A amplitude desse contexto leva a entender que o conhecimento de uma

única disciplina se torna insuficiente para dar conta dessa magnitude e, o mundo tem imposto uma ampla discussão sobre o ensino mostrando a necessidade da interdisciplinaridade. Outro ponto é o foco do novo olhar do ensino aprendizagem que deve centrar-se na relação educador educando, que no coletivo é capaz de produzir o saber, buscando assim, uma educação transformadora onde todos saem ganhando com este aprendizado. **Conclusão:** Assim, o presente estudo reconhece o processo de transformação do acadêmico de enfermagem como um instrumento para o processo de trabalho do enfermeiro e que a sua utilização nas atividades assistenciais com a articulação às atividades gerenciais caracteriza de forma mais abrangente a prática profissional, sem a divergência entre o cuidar e o administrar. Para fortalecer essa necessidade, está pontuado[3] que o ambiente é um fator que afeta o individuo, família e comunidade. Muitas são as competências que parecem ser necessárias ao enfermeiro na sua prática profissional e desenvolvê-las é, pois um grande desafio tanto dos órgãos formadores, como dos serviços na perspectivada educação permanente e torna-se responsabilidade de todos estes atores: Docentes, enfermeiros dos serviços e do próprio aprendiz. A partir desta relação mutua percebe-se a saúde numa configuração como um todo, e por isso, a enfermagem deve formar-se integrado e inter-relacionado, com base nas demandas da saúde da população ligadas a certo espaço e tempo o que formam o profissional comprometido e desta forma de enxergar o ensino-aprendizagem na formação do enfermeiro, precisa descobrir novas estratégias, inovações tecnológicas, para encontrar soluções para as necessidades de saúde da população. Dessa forma, faz-se fundamental uma transformação nas atitudes para que se possam compreender comportamentos diversos a fim de mediar o estar com. Como alternativa a esse contexto o ambiente de formação do enfermeiro precisa[4]. Enfim, a constituição brasileira, diz que o ensino superior deve ser marcado pela indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e esses três eixos devem fundamentar o ensino superior. Assim, as habilidades, o conhecimento, competências e atitudes requeridas do enfermeiro-docente implicam o saber produzir , transmitir e aplicar conhecimentos e sempre o buscar de novas estratégias para aprimorar o seu saber.

**Área temática:** Educação.

**Descritores**: Enfermagem; Educação superior; Gerência;

**Descriptors:** Nursing; Education; Management;

**Descriptores:** Enfermería; Educación; Gestión;

**REFERÊNCIAS:**

1.Freire P. Educação e mudança. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

2. Moraes MC. Pensamento ecossistêmico: Educação, aprendizagem e cidadania no século XXI. 2ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

3 Laustsen, G. Environment ,Ecosystemsand Ecological Behavior .Advances in Nursing Science. 2006; 29 (1): 43 – 54

4 Kirk M. The impact of globalization and environmental change on health: challenges for nurse education. Nurse EducToday. 2002; 22(1): 60-71.

# PROJETO CALOURADA PROMOVIDO PELO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL PARA RECEPÇÃO AOS CALOUROS

# CALOURADA PROJECT PROMOTED BY EDUCATION PROGRAM TUTORIAL RECEPTION TO FRESHMEN

# CALOURADA PROYECTO PROMOVIDO POR PROGRAMA DE EDUCACIÓN TUTORIAL RECEPCIÓN A NUEVOS ESTUDIANTES

CREMONESE, Luiza[1]
SANTOS, Carolina Carbonell dos[2]
POSSATI, Andrêssa Batista[3]
VENTURINI, Larissa[4]
TIMM, Marcella Simões[5]
VOLMER, Cristiana[6]
BRUM, Dyan Jamilles Teixeira[7]
RESSEL, Lúcia Beatriz[8]

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem. E-mail: lu_cremonese@hotmail.com
2 Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas.
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem.
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem.
5 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem.
6 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem.
7 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem.
8 Doutora. Professora Associada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Tutora do Programa de Educação Tutorial.

**INTRODUÇÃO:** Segundo o portal da Universidade Federal de Santa Maria, até dezembro de 2008, a área territorial total da universidade é de 1.837,36 hectares, nos quais as edificações perfazem 273.150,92 m² de área construída no campus, além de 22.259,41 m² em edificações no centro do município[1]. Essa grande extensão territorial, é uma das dificuldades na vida dos calouros, ao ingressar no mundo da academia. É necessário certo tempo e orientações específicas para que se possa conhecer todos os centros de ensino e

bibliotecas da universidade. Diante disso, o programa de educação tutorial (PET) do curso de enfermagem, desenvolve semestralmente o "Projeto Calourada", com o objetivo de recepcionar os calouros do curso e ajudá-los a conhecer a universidade e integrá-los com o curso. Busca-se apoiá-los no sentido de diminuir dúvidas quanto ao curso, à futura profissão, a localização dos principais centros de ensino, bem como informar sobre os benefícios oferecidos pela Pró-Reitoria. Também são oferecidas informações sobre os auxílios que os mesmos podem buscar junto a coordenação do curso de enfermagem, departamento de enfermagem e direção do centro de ciências da saúde. No decorrer do "Projeto Calourada", é desenvolvida a atividade "Gincana Solidária" a qual visa o desenvolvimento pessoal e integral da comunidade universitária. Além disso, esta atividade busca desenvolver nos calouros do curso de enfermagem da UFSM a responsabilidade social, ou seja, todos nós temos a responsabilidade de ajudarmos o nosso próximo. Promovendo este evento, trazemos o espírito de união, responsabilidade e cooperação para com o próximo. O programa de educação tutorial visa, através da calourada, aliar-se cada vez mais à coordenação do curso de enfermagem, no intuito de promover o curso e estimular os calouros a "explorar" a universidade de forma que não deixem de participar dos projetos de ensino, pesquisa e/ou extensão oferecidos por esta Instituição. O objetivo principal da calourada é promover a aproximação e integração do grupo PET-Enfermagem com os discentes do curso. Concomitante a isto, busca-se facilitar a introdução dos calouros na comunidade universitária, em especial no Curso de Enfermagem, oferecendo suporte para conhecer a instituição da qual agora farão parte, ajudando-os a se desenvolver e usufruir dos benefícios que a instituição proporciona. Objetiva-se ainda, instigá-los a participar das atividades que o curso e a universidade em geral lhes oferecem, promovendo assim conhecimento e crescimento. Espera-se também despertar o espírito solidário, de união, de responsabilidade e cooperação dos novos graduandos, visto que são características exigidas do profissional enfermeiro. **METODOLOGIA:** Os calouros foram recepcionados durante uma aula cedida pela professora da matéria de Metodologia da Pesquisa. O encontro aconteceu durante a manhã onde foram esclarecidas algumas dúvidas que eles apresentaram. Neste mesmo encontro foi apresentada a Gincana Solidária, a qual consiste no cumprimento de tarefas, às quais, são atribuídas pontuações específicas. A equipe vencedora é a que obtém, no somatório geral das tarefas, a maior pontuação. As tarefas ditas solidárias poderão ser cumpridas ao longo da gincana e têm caráter exclusivamente social. Entre as tarefas inclui-se a participação na visita ao Hemocentro Regional de Santa Maria, onde os alunos conheceram a estrutura e a dinâmica do serviço, e tiveram a oportunidade de doar sangue caso fosse de seu interesse, ou de se cadastrarem para tal. A pontuação para esta tarefa foi de 500 pontos para a equipe que comparecesse com todos os integrantes e de desconto de 100 pontos por integrante faltante, em caso de equipe incompleta. Outra tarefa foi apresentar à equipe organizadora da gincana, uma lista constando todos os grupos de pesquisas do departamento de enfermagem, com seus respectivos responsáveis e temáticas abordadas somando 200 pontos e a última tarefa foi

composta pela arrecadação de donativos os quais, somados 10 kg de alimentos valem 500 pontos, alimentos soltos, cadernos para colorir, brinquedos e livros, valem 50 pontos cada um. **RESULTADOS:** No primeiro momento a reação dos calouros de Enfermagem foi de espanto, em relação ao grupo PET, de todas as informações de como ele funciona e qual o seu papel na os incríveis". O Programa de Educação Tutorial premiou os três primeiros lugares, sendo a equipe vencedora, enferpet totalizando os pontos em 7040 e foi premiada com um livro de procedimentos de enfermagem para cada integrante, em segundo lugar ficou a enfer nizando com 3360 e foi premiada com um pen drive para cada integrante e em terceiro lugar, enferbixo com 3070, ganhando uma caneta da Universidade Federal de Santa Maria. **CONCLUSÃO:** Acredita-se que esta gincana é um meio de fortalecer o vínculo entre os "petianos" e calouros, visto que permanecem em contato para cumprir as tarefas, que são arrecadar alimentos, visitar o hemocentro e entregar uma folha contendo os grupos de pesquisa da Universidade junto com o prefessor responsável e as temáticas trabalhadas por estes, para a comissão organizadora da gincana. Conclusão: A partir da atividade realizada, os alunos ficaram satisfeitos quanto às oportunidades que a faculdade disponibiliza, bem como demonstraram interesse em participar das atividades que são realizadas pelo programa de educação tutorial, e também de se tornarem membros do grupo. Além disso, a recepção ainda proporcionou uma troca de experiências através da integração entre os "petianos" e calouros de enfermagem.

**Área temática:** Educação

**Descritores:** Enfermagem; Acolhimento; Acadêmicos.

**REFERÊNCIAS**

1. Universidade Federal de Santa Maria. Histórico. Santa Maria, 2013.

2. Bellodi PL. O programa tutores e a integração dos calouros na FMUSP. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro. 2004;28(3): 204- 14.

3. Schleich ALR. Integração na educação superior e satisfação acadêmica de estudantes ingressantes e concluintes. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2006.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PROJETO DE EXTENSÃO ENVOLVENDO PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS COM IDOSOS CATARINENSES

# EXTENSION PROJECT INVOLVING HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION WITH ELDERLY OF SANTA CATARINA

# PROYECTO DE EXTENSIÓN PARTICIPACIÓN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CON MAYORES CATARINENSES

FINGER, Denise1
GOMES, Angela Maria2
SCHÖDER, Jéssica Daniela3
GERMANI, Alessandra Regina Muller4

1Aluna bolsista no Projeto de extensão e Acadêmica de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, Campos Chapecó (SC) – Brasil; deni.finger@hotmail.com.
2Aluna voluntária no Projeto de extensão e Acadêmica de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, Campos Chapecó (SC) – Brasil.
3Aluna voluntária no Projeto de extensão e Acadêmica de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, Campos Chapecó (SC) – Brasil.
4Enfermeira, Professora Mestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campos Chapecó (SC) – Brasil, orientadora do trabalho.

**Introdução:** O presente resumo apresenta as experiências vivenciadas pelas acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó/SC, na implantação do projeto de extensão intitulado **Processo educativo-reflexivo acerca das práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças com um grupo de idosos do município de Nova Erechim/SC**, durante o ano de 2013. De acordo com a Primeira conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, a promoção da saúde é definida como o "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo"[1]. Segundo Sicoli, a promoção está intimamente relacionada com a vigilância à saúde e a um movimento contra a medicalização do setor, considerando a saúde muito mais que apenas ausência de doenças, mas sim que ela é determinada por diversos fatores como educação, saneamento básico, habitação, renda, trabalho, alimentação, meio ambiente, acesso a bens e serviços essenciais, lazer, entre outros. Essa concepção de saúde demonstra que a efetivação da promoção vai muito além do setor saúde, mas abrange todos os setores, inclusive os não diretamente implicados[2]. No Brasil, influenciado por esses movimentos, o SUS prevê a estratégia de promoção da saúde como

uma forma de possibilitar a análise crítica dos aspectos que determinam o processo saúde/adoecimento em nosso país, bem como fortalecer formas mais amplas de intervir em saúde, ampliando também, as escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividade no território onde vivem e trabalham[3]. **Objetivos:** O projeto tem como objetivo desenvolver um processo educativo-reflexivo acerca das práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, fundamentado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, com um grupo de idosos, residentes no município de Nova Erechim/SC; promover um trabalho participativo que viabilize identificar a compreensão e as experiências vividas pelo grupo, na perspectiva de torná-los mediadores/multiplicadores deste processo no seu contexto de inserção, bem como propiciar o fortalecimento das parcerias entre o Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS e o município de Nova Erechim/SC, contribuindo assim para a qualificação da formação profissional e para a melhoria da qualidade de vida dos idosos envolvidos na proposta. **Metodologia:** Para a aplicação dessa proposta, as atividades que estão em andamento, contam com a participação de vinte idosos do grupo "Alegria em viver", do referido município, os quais receberão um certificado ao final do projeto. Os encontros semanais realizados com esse grupo são norteados pelo Método Paulo Freire (1987), que propõe a organização do Círculo de Cultura, possibilitando o envolvimento dos indivíduos, pois a educação não deve ser vista apenas como uma transmissão de conteúdos pelo educador, mas sim uma relação de diálogo, em que ambos (educador e educando) aprendem[4]. **Resultados**: Em um primeiro momento, a equipe do projeto reuniu-se com a presidente do grupo de idosos e com integrantes do setor saúde do município afim de apresentar e esclarecer os objetivos e a metodologia do projeto. Em outra oportunidade, o projeto foi apresentado a todo o grupo de idosos "Alegria em Viver", momento este em que vinte idosos se dispuseram a integrar o grupo participante do projeto. No presente momento, o projeto está em fase de realização dos encontros, sendo que já foram realizados três encontros, nos quais debateu-se os seguintes temas: promoção da saúde e prevenção de doenças, envelhecimento saudável e alimentação saudável. O primeiro encontro do referido projeto ocorreu no dia 12 de julho de 2013, no centro de idosos do município de Nova Erechim, quando foi apresentado e discutido o tema gerador central intitulado "práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças". Na oportunidade foi realizada uma breve dinâmica de apresentação, onde os idosos tiveram a possibilidade de conhecer melhor os demais integrantes. No mesmo dia, foi realizada uma atividade em os integrantes puderam debater sobre o conceito de saúde. Na referida atividade, os integrantes foram separados em 4 grupos, os quais receberam diversos materiais como revistas, jornais, lápis de cor, canetas, tesouras e cola. Com esses materiais, cada grupo formou um cartaz que representasse o conceito de saúde para eles e cada um dos cartazes confeccionados foi colado na parede, formando uma árvore. A partir da comparação dos conceitos de saúde propostos com o conceito da 8a Conferência Nacional de Saúde, iniciou-se um pequeno debate e pode-se perceber que o grupo já possui uma concepção mais abrangente de saúde, não considerando-a como ausência de doença,

mas sim incluindo vários de seus determinantes. O segundo encontro ocorreu no dia 19 de julho de 2013 e abordou o tema envelhecimento saudável. Neste dia os participantes fizeram uma linha do tempo, na qual inseriram os momentos mais marcantes de suas vidas, compartilhando com os demais idosos, os momentos mais felizes e os mais difíceis. No debate foi possível concluir que a forma como o idoso enfrenta esses momentos e as limitações que o envelhecimento impõe, influencia diretamente na saúde do indivíduo. Já o terceiro encontro, realizado no dia 26 de julho de 2013, abordou o tema alimentação saudável. Este foi mais um encontro dinâmico e participativo, no qual os idosos falaram sobre sua alimentação diária e formaram uma pirâmide alimentar conforme suas concepções. Esta pirâmide, construída pelos integrantes, foi comparada com a pirâmide alimentar correta, e a partir desta comparação, foi possível realizar um proveitoso debate, no qual os idosos fizeram colocações e tiraram suas dúvidas. Até o momento, os encontros foram avaliados como positivos e proveitosos, tanto pelo grupo de idosos como pela equipe do projeto, pois proporcionou conhecimento e experiência para ambos. **Conclusão:** Apesar de ainda existir certa dificuldade em traduzir os princípios da promoção em saúde em ações coerentes, atividades como este projeto proporcionam aos envolvidos conhecimento e autonomia para decidir sobre sua saúde. No que se refere aos acadêmicos envolvidos, ao concluirmos as atividades do projeto, entendemos que ele nos proporcionará um amadurecimento acadêmico e profissional, por meio do fortalecimento do vínculo entre a universidade e comunidade, bem como despertará o compromisso da realização destas atividades no cotidiano profissional, consolidando os princípios e diretrizes do SUS. Desta forma, o projeto também proporcionará o empoderamento dos envolvidos e tornara-los multiplicadores dessa prática.

**Área temática:** educação

**Descritores:** promoção da saúde; prevenção de doenças; qualidade de vida.

**Keywords:** health promotion, disease prevention, quality of life.

**Descriptores:** promoción de la salud, prevención de enfermedades, la calidad de vida.

**REFERÊNCIAS:**

1. Ministério da Saúde (BR). As Cartas de promoção da saúde. Série B: Textos Básicos em Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. p.7-33.

2. Sícoli JL, nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e Operacionalização. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2003; 7(12), p.101-22, fev.

3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Promoção da Saúde. Série B: Textos Básicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (DF): Ministério da saúde. 2006; 60p.

4. Freire, P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987; 2(14), 107 p, 23ª reimpressão.

# TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS DE TESE E DISSERTAÇÕES SOBRE O PROJETO VIVÊNCIA E ESTÁGIO NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

# TRENDS OF PRODUCTION THEORY OF KNOWLEDGE AND EXPERIENCE PROJECT THESIS ON STAGE AND IN REALITY OF UNIFIED HEALTH SYSTEM IN BRAZIL

# TENDENCIAS DE LA PRODUCCIÓN DE LA TEORÍA DEL CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA DE TESIS PROYECTO EN ETAPA Y EN REALIDAD DEL SISTEMA UNIFICADO DE SALUD EN BRASIL

FETTERMANN, Fernanda Almeida 1
NIETSCHE, Elisabeta Albertina2
PIVETTA, Adrieli 3
BOCK, Andressa4
CHAMPE, Thayná Silva5
DAL OSTO, Daniele Silva6
CHANTINI, Caroline Feltrin7
LIMA , Márcia Gabriela Rodrigues 8

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM – Rio Grande do Sul, Brasil. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde - GEPES/CNPq/UFSM. e-mail: fefettermann@hotmail.com.
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do curso de Graduação em Enfermagem e do PPGEnf da UFSM. Coordenadora do GEPES/CNPq/UFSM.
3 Enfermeira. Especialista. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
4 Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
5 Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista de Pesquisa FIPE/CNPq/UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
6 Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista de Pesquisa PROBIC. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
7 Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
8 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES/UFSM/CNPq).

**Introdução:** Na busca por uma melhor formação, foi aprovada em 2003, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras, pois, a educação dos profissionais de saúde deve ser um processo permanente que inicia na graduação e é mantido na vida profissional[1]. Nesse contexto, inclui-se na Política o Projeto Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde-VER-SUS[2]. O VER-SUS proporciona aos estudantes a vivência e experimentação da realidade do Sistema Único de Saúde - SUS, contribuindo assim, para a formação de profissionais críticos e sensíveis às necessidades da população brasileira e do fortalecimento do sistema público de saúde brasileiro, viabilizando que os estudantes experimentem na prática, a organização da rede de atenção e proteção da saúde individual e coletiva, para que desenvolvam um posicionamento crítico sobre a mesma. A saúde brasileira está em constante transformação e é nesse sentido que os futuros profissionais precisam estar familiarizados com a realidade da organização dos serviços, levando-se em consideração os aspectos de gestão do sistema, as estratégias de atenção, o controle social e os processos de educação em saúde[2-3]. Nesse sentido, o projeto permite que discentes de diversos cursos de graduação conheçam e reflitam sobre o cotidiano de trabalho das organizações de saúde, estimulando o direcionamento de sua formação à atuação no SUS, comprometidos com seus princípios e diretrizes e capazes de promover transformações na sociedade[3]. **Objetivo:** Identificar as tendências das produções científicas brasileiras contidas no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior (CAPES), sobre o projeto Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada em junho de 2013, a partir de uma busca *online* no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior (CAPES). A questão norteadora da presente revisão consistiu em: *qual é o conhecimento científico produzido sobre o projeto VER-SUS, nas teses e dissertações de Enfermagem no Brasil?.* A busca foi realizada mediante uma associação das palavras "Vivência," "Estágio" e "Sistema Único de Saúde." A partir dessa busca encontrou-se um total de oito estudos. A seleção das publicações foi desenvolvida por meio da leitura dos títulos e resumos, utilizando-se como critério de inclusão resumos completo e exclusão aqueles que não se relacionavam com o projeto VER-SUS. Ao final, obtiveram-se quatro estudos para análise, desses, dois não são produções de programas de pós-graduação em enfermagem, mas devido à baixa produtividade de teses e dissertações sobre a temática, considerou-se importante a permanência desses na análise, a fim de contribuir com a discussão. **Resultados:** Dentre os documentos incluídos na revisão, dois são de autoria de enfermeiros, um de sociólogo e um educador físico. Identificou-se uma tese de doutorado e três dissertações de mestrado, sendo uma de mestrado profissional. Dentre as dissertações analisadas duas foram produtos de programas de pós-graduação em Enfermagem.

Verificou-se que a região brasileira que mais produziu tese e dissertações com a temática do VER-SUS foi o Rio Grande do Sul- RS, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O RS foi o primeiro estado brasileiro a realizar o VER-SUS, este ocorreu em julho de 2002 com um coletivo de 112 participantes e possibilitou um intercâmbio entre os estudantes da saúde de todo o estado; docentes de saúde coletiva do Rio Grande do Sul; trabalhadores da área da saúde no Sistema; gestores regionais, municipais e de serviços de saúde; usuários nos serviços de saúde e conselheiros de saúde (BRASIL, 2004b). Constatou-se que 50% das produções foram realizadas no ano de 2009, 25% em 2005 e 25% em 2011. Quanto à área do conhecimento, são abrangidas a enfermagem, a antropologia, a educação permanente e a saúde coletiva. O VER-SUS é um projeto realizado por acadêmicos de vários cursos de graduação, porém é notória a predominância de trabalhos realizados por profissionais da área da saúde, em especial a enfermagem, isso ocorre pela reformulação do movimento da Reforma Sanitária, que acabou por demandar das instituições formadoras, profissionais preparados para atuar nesse novo sistema. Quanto à abordagem de estudo, todas as pesquisas foram realizadas utilizando a abordagem qualitativa. Identificou-se que as produções científicas existentes, em sua maioria, (75%), buscam compreender a importância do projeto, sua organização e o significado deste na formação dos estudantes de enfermagem. Os resultados dos estudos apontam à necessidade de maior institucionalização do VER-SUS, a importância deste no processo ensino/aprendizagem e a contribuição do projeto para o entendimento sobre saúde na formação em saúde/enfermagem, pois, aproxima os estudantes da realidade da comunidade4. **Conclusões:** O presente estudo possibilitou identificar o enfoque/tendências dado pelos estudantes sobre essa temática que foi relacionado à interação do projeto no processo de ensino-aprendizagem, pois o VER-SUS proporciona vivenciar as mais diversas situações e observar mudanças de opinião dos estudantes acerca do seu papel enquanto agente modificador das práticas cuidadoras de indivíduos e coletividades; práticas de responsabilidade com as pessoas e coletividades pela sua melhor saúde individual e coletiva; práticas de desenvolvimento e realização de um sistema de saúde com capacidade de proteção da vida e saúde e práticas de participação e solidariedade que tenham projetos de democracia, cidadania e direitos sociais[5]. Nota-se que há poucas produções de teses e dissertações sobre o projeto VER-SUS. Devido à escassez de estudos sobre o projeto VER-SUS nas teses e dissertações nacional, identifica-se a necessidade de investigações que visem à importância do projeto VER-SUS na formação de acadêmicos e enfermagem e o reflexo desta vivência na atuação profissional dos enfermeiros.

Á**rea temática:** Educação

**Descritores:** saúde; educação; capacitação de recursos humanos em saúde.

**Referências:**

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil:** cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Governo Colaborativo em Saúde. **Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS): guia do facilitador**. Porto Alegre: Ministério da Saúde; Rede Governo Colaborativo em Saúde, 2012.

4. TORRES, O.M. Os estágios de vivência no Sistema Único de saúde: das experiências regionais a (trans)formação politico-pedagógico do Ver-SUS/Brasil. 154p. dissertação (mestrado) - mestrado. Universidade Federal da Bahia - Saúde Coletiva. Bahia. 2005.

5. CARVALHO, Y.; CECCIN, R.B. Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com Saúde Coletiva. In: Campos, G. W. de S. et al (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva.** 2ed São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ATIVIDADES EXTRACURRICULARES DESENVOLVIDAS PELOS ACADÊMICOS DA ÁREA DA SAÚDE

# EXTRACURRICULAR ACTIVITIES CARRIED OUT BY THE ACADEMIC HEALTH

# ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES REALIZADAS POR LA SALUD ACADÉMICO

FETTERMANN, Fernanda Almeida 1
NIETSCHE, Elisabeta Albertina2
PIVETTA, Adrieli 3
CHANTINI, Caroline Feltrin4
CHAMPE, Thayná Silva5
DAL OSTO, Daniele Silva6
BOCK, Andressa7
RAMOS,Tierle Kosloski8

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM – Rio Grande do Sul, Brasil. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde - GEPES/CNPq/UFSM. e-mail: fefettermann@hotmail.com.
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do curso de Graduação em Enfermagem e do PPGEnf da UFSM. Coordenadora do GEPES/CNPq/UFSM.
3 Enfermeira. Especialista. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
4 Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
5 Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista de Pesquisa FIPE/CNPq/UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
6 Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista de Pesquisa PROBIC. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
7 Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
8 Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.

**Introdução:** A consolidação do arcabouço legal da Reforma do Sistema de Saúde, em outubro de 1988, a partir da promulgação da Constituição Federal, trouxe a necessidade da ampliação do conceito de saúde e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS)[1]. Desde sua criação, o SUS tem obtido resultados pouco significativos na busca de alternativas que

contextualizem as questões das práticas, técnicas e a relação com a população usuária do sistema de saúde[2]. Um dos maiores desafios para que se alcance o direito à saúde, vem sendo enfrentado pelo setor educacional comprometido com o dever de formar trabalhadores de saúde capacitados a compreender e responder às necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais[3]. Nesse contexto, passa a ser exigida uma reconfiguração do modelo assistencial em saúde, assim como a qualificação e o desenvolvimento de habilidades e competências de recursos humanos[4]. Apesar das contribuições por parte das instituições de ensino superior, que veem se tornando essencial na orientação acadêmica participado da construção do SUS, oferecendo importante contribuição às formulações e proposições que organizam a saúde do País, muitos alunos buscam realizar atividades além das propostas pelas universidades. Essas atividades extracurriculares que não estão previstas na dinâmica curricular, constituindo opção pessoal de cada aluno, objetivam o enriquecimento de sua formação profissional através da estimulação da autonomia do acadêmico com base na liberdade de suas decisões, tornando-se críticos em adquirir experiência em sua área de atuação em busca da complementação de sua prática, aprimorando sua formação profissional[5]. Os estudos com enfoque nas atividades extracurriculares são importantes para buscar dados sobre as vivências prática de acadêmicos da área da saúde, evitando que esses estudantes se deparem de forma danosa com a realidade do sistema. **Objetivo:** Identificar e avaliar as publicações disponíveis na literatura sobre as atividades extracurriculares, realizadas pelos acadêmicos da área da saúde, que buscam formar trabalhadores de saúde capacitados a compreender e responder às necessidades de saúde da população de acordo com os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS). **Metodologia:** Trata-se de uma revisão que teve por finalidade reunir artigos produzidos sobre as atividades esxtracurriculares na graduação. A seleção dos artigos foi realizada por meio de uma busca *on-line* nos bancos de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line) e na BDENF (Base de Dados de Enfermagem), em junho de 2013. Os critérios de inclusão utilizados para seleção dos artigos foram: artigos completos, disponíveis online, publicados no idioma português, com resumos disponíveis nas bases de dados e que abordassem sobre atividades extracurriculares na graduação. Todos os artigos que se relacionavam à temática foram analisados, independente do ano de publicação, devido ao número reduzido de materiais disponíveis nos bancos de dados. Os critérios de exclusão foram monografias, dissertações ou teses, artigos que não se relacionassem a temática estudada e não respondessem à pergunta de pesquisa. Para a busca, definiram-se as palavras “extracurricular” e “formação”. A obtenção das publicações procedeu nas três bases de dados da mesma maneira, apresentada a seguir: "extracurricular" and "formação" [Título, resumo, assunto], Texto completo: Disponível, Idioma: Português, Tipo de documento: Artigo. A partir da busca realizada, foram encontrados um total de 20 estudos nas três bases de dados (19 LILACS e 1 BDENF), 19 são no idioma português, um em inglês e os 20 tem seus textos

completos disponíveis. Das publicações encontradas, cinco não respondiam à temática e uma repetiu-se nas bases de dados e duas não apresentaram resumos disponíveis na base de dado. Utilizando os critérios de inclusão e exclusão, finalizou-se a busca com 12 artigos para análise. **Resultados:** Os artigos incluídos na revisão teve como marco temporal os anos de 2007 a 2012, com predominância do ano de 2012 que apresentou quatro artigos (33,33%). Quanto ao artigos publicados sobre a temática do estudo, predomina-se a Revista Brasileira de Educação Médica com um total de seis (50%), artigos , com publicações nos anos: 2009; 2010; 2011 e 2012. Há predominância de sete estudos realizados com estudantes do Curso de Medicina, correspondente a 58,33% do total de estudos. Os estudos realizados com estudantes do Curso de Enfermagem apresentou três (25%) produções, seguida dos alunos dos cursos de Fonoaudiologia e Fisioterapia, com um artigo cada. A atividade extracurricular que apresentou mais produções foi as Ligas Acadêmicas formadas por grupos de alunos organizados para um aprofundamento didático em determinados temas, onde os alunos recebem aulas teóricas sobre determinado assunto, organizam cursos e simpósios, desenvolvem projetos de pesquisa e participam de atividades junto a serviços médicos ou à comunidade, essas Ligas fazem parte do dito currículo paralelo do estudante de Medicina. As atividades realizadas em Unidades Básicas de Saúde-UBS, são relatadas principalmente pelos acadêmicos de Enfermagem. Os cursos de Fonoaudiologia e Fisioterapia têm como tendência relatar suas experiências nas Clínicas Escolas, localizadas nas próprias instituições de ensino. Conforme a análise realizada, 91, 66% dos artigos trazem em seus resultados a importância das atividades extracurriculares na formação acadêmica e profissional, como forma de preencher lacunas curriculares, complementando a formação. Apenas um estudo, (8, 33%), relata a dificuldade por parte dos alunos em realizar o mesmo, devido ao despreparo destes para atuação prática. O número reduzido dos artigos encontrados na busca, evidencia que os acadêmicos produzem e/ou divugam pouco sobre suas experiências, porém, esse compatilhamento poderia ser realizado como forma de fortalecer os estágios extracurrículares. A partir da análise dos artigos, ficou evidente a tranformação que esses estágios gerou na formação e atuação profissional dos estudantes, pois, a aproximação da teoria com a prática, ressignifica a formação, os capacitando para atuar no SUS. **Conclusões:** Este estudo possibilitou compreender a importância das atividades extracurriculares na formação dos acadêmicos da saúde, visto a lacuna da educação superior nessa área. Destaca-se, a necessidade de um olhar mais ampliado sobre a temática, pois é notório que há poucos estudos que relatem essas atividades. Os acadêmicos de medicina publicam, em maior número, suas experiências. A divulgação dessas experiências é de suma importância na construção de um currículo que visa a atuação na saúde pública como ponto principal para uma saúde de qualidade.

Á**rea temática:** Educação

**Descritores:** saúde; educação; capacitação de recursos humanos em saúde.

**Referências:**

1.SOUZA, G.C.A; COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

2. FREIRE, R.P. O currículo integrado da Faculdade de Enfermagem UERJ: uma reflexão sobre a formação de recursos humanos para o SUS. **Rev Bras Enferm**, v.56, n.4, p. 381-384. 2003.

3. ALMEIDA, A.H; SOARES, C.B. Educação de ensino nos cursos de graduação em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.63, n.1, p. 111-116, Jan./Feb. 2010.

4. MANFREDI, S.M. Trabalho, qualificação e competência profissional - das dimensões conceituais e políticas. **Educ. Soc**, v.19, n.64, p. 13-49. 1998.

5. UNISEPE. UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇOS, ENSINO E PESQUISA LTDA. **Regulamento Institucional de Estágio Curricular Supervisionado**. São Paulo. 2010.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# NATUREZA E TENDENCIA EM ENFERMAGEM SOBRE SUPORTE SOCIAL E AUTO-EFICÁCIA EM PORTADORES DE HIV \ AIDS

# NATURE AND TREND IN NURSING ON SOCIAL SUPPORT AND SELF-EFFICACY IN PATIENTS WITH HIV \ AIDS

# NATURALEZA Y EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA EN APOYO SOCIAL Y AUTO EFICACIA EN PACIENTES CON VIH \ SIDA

MURARO, Monica de Fátima Rossato1
OLIVEIRA, Rafael da Silva2
SANTOS, Wendel Mombaque dos3
MARCHI, Maressa Claudia de4
PADOIN, Stela Maris de Mello5

1Estudante, Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Bolsista PROIC HUSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado á Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP_PEFAS).monicamuraro.fisioterapia@gmail.com
2 Estudante, Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Bolsista PROIC HUSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS).
3 Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do GP_PEFAS.
4 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do GP_PEFAS.
5 Enfermeira, Doutora Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do GP_PEFAS.

**Introdução:** A síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids) é um problema de saúde pública devido ao grande número de pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)[1]. Poucos agravos à saúde causaram tamanho interesse de profissionais da saúde, de modo que desde a descoberta da Terapia Antirretroviral (TARV), houve um avanço científico e tecnológico permitindo a combinação de um regime terapêutico que melhor se adaptasse ao organismo, a sua adesão é um problema recorrente constituindo o maior determinante da resposta terapêutica[2]. O adequado conhecimento doapoio social e a auto-eficácia poderá contribuir para as atividades educacionais da enfermagem, visando desenvolver ações para a melhor adesão ao tratamento. **Objetivos:** estudo de revisão bibliográfica, visando sintetizar, reunir e delimitar os resultados de pesquisa sobre um tema

ou questão de forma ordenada e sistemática. **Metodologia:** Para a efetivação desta revisão foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema, definição dos objetivos, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, análise, discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado dos dados analisadas[3]. A busca foi desenvolvida no Banco de Teses e Dissertações da CAPES. Sendo utilizado o campo "Assunto" para busca e selecionado o item "todas das palavras", utilizando as seguintes metodologias de busca das teses e dissertações: Enfermagem, HIV, apoio social; Enfermagem, AIDS, apoio social; Enfermagem, HIV, auto eficácia; Enfermagem, AIDS, auto eficácia. O levantamento dos estudos correu no mês de maio de 2013. Os critérios de exclusão foram: apresentarem resumo incompleto; pertencer à temática. As análises descritivas foram realizadas através do programa SPSS 21.0. **Resultados:** A busca inicial resultou em 11 estudos envolvendo apoio social e nenhum relacionado a auto-eficácia, após a aplicação dos critérios de exclusão resultaram em 7 estudos de apoio social. Um estudo preliminar demonstrou que há 8226 dissertações e teses vinculadas há área da Enfermagem, entretanto as relacionadas ao apoio social com indivíduos portadores de HIV representa somente 0,08% (n=7) deste total e a auto eficácia não obteve estudos. Detectou-se 7 trabalhos acerca do apoio social a portadores de HIV na área da Enfermagem, no período de 2005 a 2012. Com relação ao ano de produção no período de 2005-2008 compreenderam 42,9% e os anos de 2009-2012 corresponderam a 57,1%, não havendo publicações anteriores ao ano de 2005. Dentre os estudos, 28,6% estavam relacionadas a programas de doutorado e 71,4% de mestrado. Todas produções são de IES públicas, demonstrando a forte contribuição destas na formação de mestres e doutores. As regiões sul e sudeste apresentaram a maior produção (totalizando 71,5%) e o nordeste sendo 28,5%. A Universidade de São Paulo apresentou maior proporção de produções representando 28,6%, as demais Universidades: Universidade de Fortaleza, Universidade Federal de Santa Maria, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio Grande do Sul apresentaram uma produção de 14,3%. Quanto à natureza da pesquisa 71,4% (n=5) foram de abordagem qualitativa e 28,6% (n=2) de abordagem quantitativa, demonstrando uma atual características das pesquisas realizadas pela enfermagem, conforme demonstrado por vários estudos similares a este [4,5]. E em relação ao tipo de pesquisa 71,4% (n=5) foram descritivos, 14,3% (n=1) de pesquisa ação e 14,3% (n=1) quase experimental. As temáticas abordadas foram em sua maioria mulheres gestantes ou em idade reprodutiva (n=3).Também foi abordado questões éticas envolvendo equipes de atenção básica (n=1), consulta de enfermagem com a coinfecção entre HIV e tuberculose (n=1), exposição ocupacional à material biológico contaminado com HIV (n=1) e disponibilidade e satisfação com o suporte social em portadores com HIV (n=1). **Conclusões:** constatou-se uma lacuna na produção estudos desenvolvidos na pós-graduação brasileira relacionados ao apoio social e nenhuma a auto-eficácia, podendo ser evidenciado pela não publicação relacionada a auto-eficácia, aspecto importante para a melhoria das condições de tratamento dos portadores de HIV. Observa-se a necessidade

crescente em pesquisar essa temática, devido as suas peculiaridades, fato que pode estar interferindo na busca de novas metodologias para no tratamento. Evidencia-se a importância de pesquisas cientificas voltadas a essas temáticas, para facilitar uma assistência integral, interdisciplinar e humanizada aos pacientes. Demonstrando que foram realizados estudos visando aspectos fundamentalmente qualitativos com enfoque a gestantes\mulheres. Destaca-se, assim, a necessidade de mais estudos que busquem o conhecimento desta temática, para construir um referencial para a enfermagem, proporcionando subsídios durante o tratamento dos clientes.

**Área temática:** Educação

**Descritores:** HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Enfermagem; Apoio Social, Auto eficácia

**Descriptores:** HIV; Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Enfermagem; apoyo social; autoeficacia

**Descriptors:** HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Nursing; social support; self-efficacy

**Referências:**

1 CARVALHO, F. L. et al. Perfil epidemiológico dos indivíduos HIV positivo e coinfecção HIV-Leishmania em um serviço de referência em São Luís, MA, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 18, p. 1305-1312, 2013. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500015&nrm=iso>.

2 POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 15, p. 1201-1208, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700029&nrm=iso>.

3 Mendes, K. D. S., R. C. d. C. P. Silveira and C. M. Galvão (2008). "Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem." **Texto & Contexto - Enfermagem** 17: 758-764.

4 Corrêa, A. K. (2000). "Pesquisas de enfermagem em terapia intensiva: análise de dissertações e teses." **Revista da Escola de Enfermagem da USP** 34: 252-257.

5 Duran, E. C. M. and V. P. Toledo (2011). "Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo." **Revista Gaúcha de Enfermagem** 32: 234-240.

# A FORMAÇÃO EM UM GRUPO DE PESQUISA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

# TRAINING IN A RESEARCH GROUP: AN EXPERIENCE REPORT

# FORMACIÓN EN UN GRUPO DE INVESTIGACIÓN: UN RELATO DE EXPERIENCIA

ENGEL, Rosana Huppes1
SILVA, Kauana Flores da2
BARROS, Iarema Fabieli Oliveira de3
MAYER, Barbara Letícia Dudel4
POLL, Marcia Adriana5
ANCINELLO, Carolina Fraga6
SILVA, Fernanda Stock da7
WEILLER, Teresinha Heck8

1 Enfermeira, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGENF/UFSM). nanaengel@gmail.com
2 Enfermeira. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde.
3 Acadêmica do Curso de Fisioterapia da UFSM.
4 Enfermeira. Mestranda do PPGENF/UFSM.
5 Enfermeira, Mestre em Enfermagem PPGEnf /FURG. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Coordenadora do projeto PROEXT/Mec 2013 - Programa de Extensão Universitária MEC/SESu. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf – FORS).
6 Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM.
7 Enfermeira. Especialista em Administração Hospitalar. Mestranda do PPGENF/UFSM.
8 Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública – EERP/USP. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM.

Trata-se de um relato de experiência sobre a conformação e as atividades de um Grupo de Estudos. Para isso, considera-se o conceito do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que define que um grupo de pesquisa caracteriza-se pelo conjunto de indivíduos organizados hierarquicamente em torno de uma ou, eventualmente, duas lideranças cujo fundamento organizador dessa hierarquia é a experiência, o destaque e a liderança no terreno científico ou tecnológico; no qual existe envolvimento profissional e permanente com a atividade de pesquisa; cujo trabalho se organiza em torno de linhas

comuns de pesquisa; e que, em algum grau, compartilha instalações e equipamentos.[1] Além de se considerar que a transformação das práticas assistenciais requer o aprimoramento do processo de trabalho, visando a melhoria da qualidade dos serviços, e a formação de profissionais adequados às necessidades da população e dos trabalhadores da saúde.[2] Grupo de Estudos Pesquisas e Extensão em Saúde Coletiva (GEPESC) foi criado no ano de 2009, no Departamento de Enfermagem (Denfe) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Iniciaram as atividades a professora coordenadora, alunos da graduação em enfermagem, uma aluna de mestrado em Geoprocessamento, uma funcionária do Denfe, e membros externos (uma enfermeira da Prefeitura Municipal de Santa Maria, e uma aluna do curso de graduação de Serviço Social). Desde então, as reuniões do grupo acontecem semanalmente nas instalações do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM. O tema das discussões e produções do grupo está centrado na Saúde Coletiva, com perspectivas às Políticas Públicas e a rede de atenção à saúde. Inicialmente, as atividades do GEPESC estavam relacionadas ao Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, no ano de 2012, o grupo passou a realizar estudos com afinidade à linha de pesquisa "Gestão e atenção em saúde e enfermagem", o que vincula o GEPESC ao Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" no CNPq. Já em 2009, marcando o início das atividades do Grupo de Estudo com a implementação de um projeto-guarda chuva, intitulado "O acesso de usuários portadores de tuberculose na rede municipal de saúde de Santa Maria/RS", com Maria/RS, práticas que mobilizem a promoção de saúde e favoreçam reflexões na direção de uma postura crítica sobre o seu contexto social e político. Além disso, o projeto estimular a reflexão crítica sobre as condições de saúde e vida; promover a convivência entre as mulheres por meio de grupos de educação em saúde; estimular a participação de profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família Rural Arroio do Só, junto às atividades de educação em saúde, tendo em vista o envolvimento desta equipe e a ampliação das possibilidades de cuidado de sua saúde; provocar um processo de formação em saúde coletiva, de acordo com os pressupostos do SUS; provocar nas mulheres a busca por diretos e cidadania, na perspectiva de educação em saúde; promover a interação entre a universidade e a comunidade rural a fim de possibilitar trocas de conhecimento e experiências; promover a interação entre acadêmicos dos cursos de graduação do campo da saúde com as questões que envolvem a saúde das populações rurais. Tal projeto é executado atualmente, e com fomento do Fundo de Incentivo à Extensão (FIEX). Ainda em 2012, o GEPESC toma outros rumos na realização das suas pesquisas, com ênfase a estudos com enfoque na gestão em saúde, estando vinculados ao grupo trabalhos de conclusão de curso, Residência Multiprofissional Integrada e dissertações de mestrado. Destaca-se que atualmente o grupo trabalha na finalização do projeto guarda-chuva que deu início às atividades, contando com uma bolsista do Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE) e tem estudos relacionados à temática da Avaliação dos Serviços de Saúde da Atenção Básica. Cabe destacar que atualmente o grupo de estudos é formado por acadêmicos dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde (Residência

Multiprofissional e Mestrado em Enfermagem), além de profissionais da rede de atenção à saúde do município de Santa Maria/RS, e uma docente da Universidade Federal do Pampa (Unipampa). A formação em saúde, com a participação em um grupo de estudos, com conformação multiprofissional possibilita a superação do paradigma hegemônico. Acredita-se que as oportunidades acadêmicas vivenciadas e experenciadas em um grupo de pesquisa, resultarão em possibilidades de inserção da pesquisa na práxis cotidiana, o que resulta em avanços na construção do conhecimento.

**DESCRITORES:** Grupos de pesquisa; Saúde pública; Educação.

Á**REA TEMÁTICA:** Educação**.**

**REFERÊNCIAS:**

1 Brasil (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico); Informações Gerais. Disponível em: < http://www.unoeste.br/site/biblioteca/documentos/Manual-Vancouver.pdf>

2 Kleba ME, Vendruscolo C, Fonseca AP, Metelski FK. Práticas de reorientação na formação em saúde: relato de experiência da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Cienc Cuid Saude 2012 Abr/Jun; 11(2):408-414.

3 Buchillet D & Gazin P. A situação da tuberculose na população indígena do Alto Rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil). Cadernos de Saúde Pública, 1998, vol. 14, n° 1, pp. 181-185.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PROJETO ADOLESCER: PROMOVENDO EDUCAÇÃO SEXUAL NO AMBIENTE ESCOLAR

# ADOLESCER PROJECT: PROMOTING SEX EDUCATION IN SCHOOL ENVIRONMENT

# PROYECTO ADOLESCER: PROMOVENDO LA EDUCACIÓN SEXUAL EN EL ENTORNO ESCOLAR

POSSATI, Andrêssa Batista[1]
RESSEL, Lúcia Beatriz [2]
SANTOS, Carolina Carbonell dos[3]
CREMONESE, Luiza [4]
VENTURINI, Larissa[5]
TIMM, Marcella Simões[6]
VOLMER, Cristiana [7]
BISOGNIN, Priscila [8]

1 Relatora. Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Aluna de Iniciação Científica – bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET. Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM. Email: dessa_possati@hotmail.com
2 Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professora Associada do Departamento de Enfermagem/UFSM. Tutora do Programa de Educação Tutorial – PET. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.
3 Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas.
4 Co-autora. Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Aluna de Iniciação Científica – bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET.
5 Co-autora. Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Aluna de Iniciação Científica – bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET.
6 Co-autora. Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Aluna de Iniciação Científica – bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET.
7 Co-autora. Acadêmica do 4º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Aluna de Iniciação Científica – bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET.
8 Co-autora. Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Aluna bolsista PIBIC/CNPq.

**INTRODUÇÃO:** A adolescência corresponde ao período da vida entre os 10 e 19 anos, caracterizadas por algumas mudanças, dentre elas, destaca-se o crescimento rápido, o surgimento das características sexuais secundárias, a conscientização da sexualidade, a estruturação da personalidade, a adaptação ambiental e a integração social[1]. O desenvolvimento da sexualidade faz parte do crescimento natural do indivíduo, em

caminhada à sua identidade adulta. Algumas modificações do padrão comportamental dos adolescentes, no exercício de sua sexualidade, vêm exigindo maior atenção dos profissionais de saúde, devido a suas repercussões. Um dos aspectos da vida do adolescente, alvo de propostas e intervenções, que é frequentemente apontado como motivo de preocupação – por pais, profissionais e autoridades das áreas de saúde, educação, social e, inclusive, religiosa – é a sexualidade. Cada uma das partes citadas busca controlar, coibir, prevenir e orientar de forma característica à sua alçada o exercício da sexualidade dos adolescentes. Preocupações com a incidência de gravidez, AIDS, abuso e violência sexual, prostituição e prejuízos nos projetos de vida, entre outras, baseiam suas ações que, muitas vezes, são legítimas e justas. A sociedade tem passado por profundas mudanças em sua estrutura, inclusive aceitando melhor a sexualidade dos adolescentes, o sexo antes do casamento e também a gravidez na adolescência. Há uma precocidade da iniciação sexual (de 14,7 anos) e da menarca (12,3 anos), indicando a ausência de programas de educação sexual nas escolas e planejamento familiar nos serviços públicos como fatores que favorecem a ocorrência da gravidez indesejada[2]. Muitas vezes os pais têm dificuldades em abordar questões de sexualidade com seus filhos, justamente por não terem muito claro o que aconteceu com eles próprios. Neste contexto a maioria dos pais atribui a tarefa da orientação sexual de seus filhos à escola e esta, por sua vez, apresenta dificuldade em cumprir tal tarefa. Neste sentido, nota-se a importância das atividades desenvolvidas através de projetos direcionados ao público adolescente no ambiente escolar. Assim, o Programa de Educação Tutorial (PET) do curso de enfermagem, desenvolve semestralmente o "Projeto Adolescer" em escolas da rede pública municipal, cujo objetivo geral é desenvolver atividades com grupos de adolescentes, por meio de estratégias de educação em saúde, que propiciem espaços de reflexão e discussão sobre a adolescência, contribuindo para uma vivência mais salutar e qualitativamente mais significativa aos participantes. São desenvolvidas diversas temáticas escolhidas pelos próprios adolescentes que participam do projeto e, partir disso, são elaboradas oficinas e dinâmicas para serem abordados os temas escolhidos. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicas de enfermagem em uma escola do município de Santa Maria-RS, local onde é desenvolvido o Projeto Adolescer. Assim, foi realizada uma dinâmica referente à temática sexualidade e após foi demonstrado todos os métodos contraceptivos disponíveis para utilização. As adolescentes participantes foram orientadas sobre o modo correto que cada método deve ser utilizado e em seguida, as mesmas puderam também demonstrar o que haviam aprendido naquele momento. Além disso, foram também utilizados vídeos educativos relatando situações vivenciadas por adolescentes que contribuem para reflexão dos adolescentes. A metodologia utilizada compreende oficinas lúdico-pedagógicas, balizadas na metodologia participativa, com grupos de adolescentes. O projeto é desenvolvido, planejado e organizado pelos bolsistas do PET e também por acadêmicos voluntários do curso de enfermagem. **RESULTADOS:** A partir da temática proposta, percebemos a importância de tratar de um tema tão relevante na adolescência.

Criar espaços de diálogo e reflexão entre adolescentes, professores, profissionais de saúde é, comprovadamente, um importante instrumento para construir uma resposta social com vistas à superação da vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis, assim como à gravidez precoce e não-planejada. Para tanto, as ações desenvolvidas devem levar em conta aspectos subjetivos, questões relativas às identidades e às práticas afetivas e sexuais no contexto vivenciado pelos adolescentes. A partir da dinâmica desenvolvida, tivemos a oportunidade de sanar muitas dúvidas e preconceitos que os adolescentes tinham em relação à sexualidade, métodos contraceptivos e demais aspectos relacionados à temática. **CONCLUSÃO:** Nesse período de vida, é fundamental uma adequada educação sexual, possibilitando ao adolescente cuidar não só de sua saúde reprodutiva e da do seu parceiro (a), como também abertura para falar de dúvidas, medos, desejos. Em relação à escola, ao abordar a sexualidade, é importante que essa não fique presa somente aos termos da fisiologia dos aparelhos genitais masculino e feminino, mas que discuta uma prática saudável da sexualidade, repassando informações sobre anticoncepção, o que pode ser alcançado por meio de metodologias ativas. Além da família e da escola, é importante a atuação de profissionais enfermeiros através da rede básica de saúde, incentivando e orientando os adolescentes sobre a importância do cuidado com seu corpo e sua sexualidade.

**Área temática:** Educação

**Descritores:** Sexualidade; Adolescentes; Enfermagem.

**REFERÊNCIAS:**

1. YAZLLE, M.E.H.D., Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.28 no.8 Rio de Janeiro, 2006 Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000800001.

2. GODINHO RA, Schelp JRB, PARADA CMGL, BERTONCELLO NMF. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2000;8(2):25-32.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM E O ENFOQUE DO ACOLHIMENTO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

# NURSING TRAINING AND APPROACH EMBRACEMENT IN INTENSIVE CARE UNIT

# FORMACIÓN DE ENFERMERÍA Y ENFOQUE DE LA RECEPCION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MAESTRI, Eleine1
NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira2
MARTINI, Jussara Gue3
KOCH, Tania4
ARRUDA, Sonimary Nunes5
MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello6

1 Enfermeira, doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade federal de Santa Catarina, mestre, professora assistente da Universidade Federal da Fronteira Sul. Bolsista FUMDES.
2 Enfermeira, doutora, professora adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina.
3 Enfermeira, doutora, professora adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina
4 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul. tania_koch22@hotmail.com
5 Enfermeira, mestranda em Educação na Universidade do Planalto Catarinense.
6 Enfermeira, doutora, professora adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul

**Introdução:** É incontestável a necessidade de acolhimento aos usuários de Unidade de Terapia Intensiva, tendo em vista as suas fragilidades. Os enfermeiros por realizarem o gerenciamento da assistência de enfermagem são vistos pelos demais trabalhadores da equipe de enfermagem como modelos e referência para o cuidado técnico. No entanto, na maioria das vezes o acolhimento é abordado de forma sutil por esses profissionais. A experiência como docente mostra que a sobrecarga de afazeres exigidos dos estudantes durante as atividades práticas os direciona a focalizarem Prioritariamente o cumprimento das tarefas, não dispondo ou dispondo de pouco tempo para exercitarem o acolhimento aos pacientes e familiares em UTI. Por isso, há a necessidade de um novo olhar nas atividades propostas. Defendo ser importante aos estudantes de enfermagem primeiramente construir uma base emocional para o diálogo vivo, de modo que a entrega e a reciprocidade guiem a relação intersubjetiva com os pacientes e familiares. Aos educadores em enfermagem e às instituições formadoras, surge o desafio de preparar o aluno para enfrentar situações práticas por meio do próprio potencial. Em especial, aquelas situações que envolvem a

relação com o outro e de como esse preparo vem inferindo sobre a escolha e atuação do profissional no campo de trabalho. [1] **Objetivos:** descrever a percepção dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva sobre o enfoque do Acolhimento durante formação profissional na disciplina de enfermagem em terapia intensiva. **Metodologia:** trata-se de estudo descritivo exploratório, desenvolvido com seis enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva de um hospital público de Santa Catarina. A coleta foi realizada de julho a outubro de 2008, por meio de entrevistas e discussões em grupo. A proposta de estudo foi desenvolvida de acordo com o padrão ético exigido: teve o consentimento da Gerência de Enfermagem, foi encaminhando ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado pelo protocolo número 342/07. **Resultados principais**: A idéia central oriunda dos participantes do estudo enfatiza que a **graduação não prepara os acadêmicos para o acolhimento.** Evidencia que as escolas ainda não incluíram de forma significativa em seus currículos um enfoque no acolhimento e nas ações de humanização. As relações são reflexos das experiências de vida e observações no cotidiano de outros profissionais e professores. A universidade não tem trabalhado de forma suficiente nem adequada a questão do acolhimento aos pacientes e familiares. Além de enfatizar a doença e a da enfermagem apenas como bondade humana. A idéia central resultante da pesquisa evidencia que as escolas ainda não incluíram de forma significativa em seus currículos um enfoque no acolhimento e nas ações de humanização. As relações são reflexos das experiências de vida e observações no cotidiano de outros profissionais e professores. Possivelmente durante a graduação destes enfermeiros a temática era abordada de forma sutil sendo citada como importante sem, no entanto, ser assegurado oportunidades práticas específicas para esta reflexão. As lembranças que os enfermeiros apresentaram desta abordagem na graduação foi nas disciplinas de terapia intensiva e de obstetrícia, realizadas por alguns professores especificamente. Estudos admitem que os graduados de modo geral, possuem dificuldades nas relações interpessoais com os pacientes, familiares e diferentes membros da equipe, refletindo a necessidade de sintonia da competência com o exercício profissional. [4] De acordo com o Parecer 16/99 da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação, o profissional que formamos precisa saber enfrentar situações esperadas e inesperadas, previsíveis e imprevisíveis, rotineiras e inusitadas, de modo original e criativo, de forma eficiente no processo e eficaz nos resultados. [5] Para atingir as competências, durante a formação o educador deve possuir características como ser reflexivo, capaz de avaliar e de auto-avaliar, adotar uma postura crítica, tomar decisões diante das escolhas e ser coerente com as exigências éticas da profissão. [1] Ao se definir competências que o enfermeiro deva desenvolver faz-se necessário refletir, sobre as habilidades instrumentais, cognitivas, afetivas, sociais e culturais no processo de cuidar dos pacientes e familiares nos serviços de saúde e no contexto domiciliar. Os enfermeiros devem desenvolver habilidades e atitudes para a construção de uma relação terapêutica enfermeiro/paciente e enfermeiro/família. **Conclusões:** A graduação que poderia interferir na construção de habilidades emocionais, pouco contribuiu, durante a formação destes

enfermeiros para os aspectos da humanização e do acolhimento aos pacientes e familiares. A primazia das escolas ao saber intelectual provoca um distanciamento da subjetividade do cuidado direcionando os enfermeiros para a apropriação exclusiva da objetividade. A educação na enfermagem precisa ter uma direção na qual o educando seja estimulado a pensar que o paciente sob sua responsabilidade faz parte de um contexto família/sociedade, o que o transforma em um ser único com características próprias merecendo ser respeitado. Deve também, estar capacitado a cuidar do paciente do ponto de vista técnico-científico e humano, pois são aspectos extremamente importantes e indispensáveis para sua recuperação. Ao propor mudanças na qualificação dos profissionais de enfermagem estamos desafiando que abdiquem de uma posição de passividade e isolamento no processo de trabalho e tomem uma atitude de intensa interação entre os membros da equipe, paciente e família. [(2)] Trata-se de ir alcançando cada profissional, cada estudante, cada usuário, até que a disposição para uma relação de confiança mútua tenha se instalado como regra e não como exceção.

**Área temática:** Educação

**Descritores:** Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Acolhimento**.**

**Descriptors:** Intensive Care Unit; Sheltering; Nursing.

**Descriptores:** Unidad de Cuidados Intensivos; Recepción; Enfermería.

**REFERÊNCIAS:**

1. Lucchese, R., Barros, S. Pedagogia das competências um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem – uma revisão de literatura. Acta Paul. Enferm. V.19, n. 1, supl. 1, São Paulo jan./mar. 2006.

2. Inojosa, RM. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários**.** X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005.

3. Minayo, MCS. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. Ciência e Saúde Coletiva. v. 9, n. 1, p.17-20, 2004.

4. Domenico, EBL; Ide, CAC. As competências do graduado em enfermagem: percepções de enfermeiros e docentes. Acta Paul. Enfem. v. 19, n. 4, São Paulo, oct./dec. 2006.

5. Brasil. Ministério da Educação. Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação. Parecer16/99. Brasília, 1999.

# PERCEPÇÕES DAS MULHERES ACERCA DA SEXUALIDADE NO PERÍODO CLIMATÉRICO

# WOMEN'S PERCEPTIONS ABOUT SEXUALITY IN CLIMACTERIC PERIOD

# PERCEPCIONES DE LAS MUJERES SOBRE LA SEXUALIDAD EN EL PERÍODO CLIMATÉRICO

TEIXEIRA, Cáren Marielle Dornelles1
SCHMALFUSS, Joice Moreira2
DANIEL, Madilaine Teixeira3

**Introdução:** com base na Organização Mundial da Saúde (OMS), o climatério se caracteriza como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo da vida da mulher. Esta transição pode ser considerada como uma fase natural que varia de mulher para mulher, de acordo com sua diversidade e intensidade, tendo início por volta dos 40 anos e se estendendo até os 65 anos de idade (BRASIL, 2008). O climatério é percebido como uma experiência existencial no âmbito das relações sociais, na vida conjugal, profissional e espiritual, sofrendo influência sociocultural e familiar. É visto, por uma grande parcela da população, como um período desconhecido e misterioso que remete ao envelhecimento, perdas e ameaças (GONÇALVES; MERIGHI, 2007). Este período da vida mulher pode influenciá-la na forma de perceber e vivenciar sua sexualidade. Nesse processo natural, podem surgir novos sentimentos e expectativas vivenciados pela mulher, acarretando em modificações na forma desta vivenciar a sua sexualidade. Além de ser influenciada por fatores anatômicos e fisiológicos, a sexualidade também sofre influência de fatores psicossociais e culturais, além de relacionamentos interpessoais e experiências de vida. **Objetivo:** a presente pesquisa objetivou conhecer as percepções e vivências das mulheres acerca do climatério e da sexualidade nesse período. **Metodologia:** trata-se de um estudo de campo, descritivo, exploratório e com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Uruguaiana/RS. Os critérios de inclusão das participantes foram: mulheres entre 40 e 65 anos que encontravam-se no período climatérico e também aquelas que estavam vivenciando o processo de menopausa; mulheres vinculadas à UBS do estudo; independentemente de estado civil, número de filhos, doenças e tratamentos. As mulheres que não responderam aos critérios recém citados, bem como as que desistiram de participar, foram excluídas da pesquisa. As mulheres foram convidadas a participar do estudo a partir de contatos realizados antes ou

após as consultas de Enfermagem, nos grupos de hipertensas e diabéticas e de atividades físicas, em visitas domiciliares e em outros momentos que estas buscaram o atendimento na UBS. Após o esclarecimento acerca da finalidade da pesquisa e da aprovação de cada sujeito foram agendadas as entrevistas, conforme a disponibilidade de cada mulher. A coleta de dados das 10 participantes do estudo ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2012, nas dependências da UBS, por meio de entrevistas semi-estruturadas que tiveram uma duração média de 20 minutos e que foram registradas em um gravador digital do tipo MP3 Player e transcritas pela autora do estudo. Os dados encontrados foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática proposta por Minayo (2008), evidenciando-se três temas: percepções das mulheres acerca do climatério, vivências das mulheres no climatério e sexualidade no climatério. A pesquisa foi baseada em uma condução ética, sendo utilizado como guia as normas contidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde que regem pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Além disso, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pampa, sob o número 74907, e teve a ciência e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana. **Resultados e discussão:** o período do climatério é uma fase importante na vida da mulher, podendo proporcionar intensas modificações, as quais podem repercutir de diferentes modos para cada uma, influenciando nos seus sentimentos e na qualidade de vida. Em relação às percepções das mulheres sobre o climatério, foi relatado pelas participantes que estas se relacionam, diretamente, à sintomatologia presente nas suas experiências, enquanto outras entenderam o climatério como uma fase do ciclo de suas vidas que deve ser vivenciada e aceita. A respeito da construção dos significados do climatério, as participantes evidenciaram que o assunto era comentado e falado pelas suas avós, mães e mulheres com quem conviviam. No que tange à compreensão do climatério, algumas mulheres destacaram que por meio de informações médicas conseguiram compreender a fase pela qual estavam passando. A ajuda medicamentosa, algumas vezes, foi necessária para ajudar a vivenciar essa fase com tranquilidade, enquanto outras referiram realizar exercícios físicos para o alívio dos sintomas. No que concerne à convivência e ao apoio no âmbito familiar, verificou-se que estes são de grande valia no enfrentamento das alterações causadas nesse momento. A sexualidade foi entendida como relação sexual e feminilidade, sendo que algumas mulheres expuseram que a sexualidade no climatério significa ter um convívio conjugal completo, no qual o diálogo e o apoio são fundamentais para uma melhor compreensão desta fase. A perda do desejo sexual se manifestou de forma expressiva nessa fase da vida. Diante das vivências das mulheres climatéricas, o profissional de saúde deve refletir e buscar uma percepção geral das mudanças e sintomas dessa fase da vida da mulher, aliando a promoção de saúde com acolhimento e expectativas de vida realistas. Essa atenção visa um trabalho que valorize o suporte emocional e os seus sentimentos para melhoria e bem estar durante e após esse período (SILVA; ARAÚJO; SILVA, 2003). Tendo em vista a grande procura de mulheres aos serviços de saúde e a necessidade do profissional estar preparado para

proporcionar o suporte adequado a elas, faz-se necessário um cuidado de Enfermagem humanizado e integral. Sugere-se que este cuidado compreenda a maneira como cada mulher vivencia o climatério e a sua sexualidade, bem como as transformações que esse período acarreta na sua vida. Desta forma, é necessário que os profissionais de saúde busquem desvelar o que se encontra oculto por trás da queixa referida, considerando os anseios e necessidades não explicitados pela mulher. Assim, pode-se estabelecer um cuidado mais efetivo a cada uma com acolhida das suas dúvidas, principalmente aquelas relacionadas à sexualidade, além do fornecimento de suporte emocional para que a mulher vivencie esta etapa de forma mais tranquila e qualificada nessa fase. Além disso, o profissional de saúde precisa ter como principio prioritário de suas ações fazer-se presente diante da promoção da saúde, resgatando medidas quanto ao cuidado alimentar, combate ao sedentarismo e ao tabagismo. Isto pode contribuir para uma melhor qualidade de vida, auxiliando no tratamento terapêutico e, assim, esclarecer as dúvidas e reduzir a ansiedade dessas mulheres. **Considerações finais**: acredita-se que este estudo contribuiu para o aprofundamento da temática em questão, gerando um conhecimento importante sobre as vivências, percepções, sentimentos, expectativas, dúvidas e dificuldades que as mulheres climatéricas enfrentam no seu dia a dia. É fundamental a atuação do enfermeiro perante o desenvolvimento de ações de saúde voltadas às mulheres climatéricas de forma que estas vivenciem esta fase de maneira saudável e qualitativa, compreendendo as modificações que, inevitavelmente, irão acometer as suas vidas. Finalmente, espera-se que os resultados da presente pesquisa possam contribuir para a atuação do enfermeiro frente à atenção dispensada às mulheres que utilizam a rede básica de saúde para o enfrentamento dos seus processos de saúde-doença. Este profissional pode ser um excepcional facilitador e inclusor de ações do fazer Enfermagem direcionadas à prevenção de agravos, à promoção da saúde, além de diagnósticos e tratamentos adequados referentes às alterações que podem ocorrer no período climatérico.

**Área temática:** Educação

**Descritores:** climatério; sexualidade; enfermagem.

**Descriptors:** climacteric; sexuality; nursing.

**Descriptores**: climatérico; sexualidad; enfermeira.

**Referências:**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS 196/96**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc Acesso em 15 jul. 2012.

Gonçalves R, Merighi M A B .**Climatério**: novas abordagens para o cuidar em Enfermagem e saúde da mulher. São Paulo: editora, 2007.

Minayo M C S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

Silva R M, Araújo C B, Silva A R V. Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. **Revista Brasileira em Promoção à Saúde**, v. 16, n (1/2), p. 28-33, 2003.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# GRUPO DE GESTANTES COMO ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

# GROUP OF PREGNANT WOMEN LIKE ACTIVITY IN HEALTH EDUCATION: EXPERIENCE REPORT

# GRUPO DE MUJERES EMBARAZADAS COMO ACTIVIDAD EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD: RELATO DE EXPERIENCIA

SANTOS, Juniara Dias1
POMPEU, Kelen da Costa2
CASTIGLIONI, Crislen Malavolta3
CREMONESE, Luiza4
PRATES, Lisie Alende5
SCARTON, Juliane6
BARRETO, Camila Nunes7
RESSEL, Lúcia Beatriz8

1 Relatora. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. Email: juny-zynha@hotmail.com.
2 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
3 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
4 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
5 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
6 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
7 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.
8 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do PPGEnf da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**INTRODUÇÃO:** Atividades de educação em saúde são recursos que permitem a aproximação entre profissionais e receptores do cuidado além de contribuírem para uma assistência humanizada. O desenvolvimento de ações educativas com pacientes, seus

familiares e junto à comunidade visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde constitui-se em uma das funções do enfermeiro.[1] Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. É importante que se façam grupos separados para adultos e adolescentes. Essas atividades podem ocorrer dentro ou fora da unidade de saúde. O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo palestra, pouco produtivo e que ofusca questões subjacentes, que podem ser mais relevantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido.[2] Nesse constructo, como ferramenta para a implementação destas atividades educativas, o trabalho grupal mostra-se então como relevante alternativa, uma vez que propicia momentos de diálogo, troca de experiências, exposição de dúvidas, sentimentos e angústias, o que possibilita ao usuário a expressão de sua opinião, seu ponto de vista a respeito de sua condição de saúde, e até mesmo o seu silêncio, tendo em vista que este também é uma forma de comunicação e que deve ser identificada e interpretada pelo profissional enfermeiro durante a pratica grupal. Espera-se que através desta prática de educação em saúde, os indivíduos reflitam sobre seus hábitos de vida e seu processo saúde/doença, tornando-se agentes transformadores de sua condição de saúde, empoderados através dos conhecimentos compartilhados. Sabendo do impacto que o trabalho em grupo é capaz de produzir, este se mostra essencial no período gravídico vivido pela mulher, uma vez que este período traz consigo intensas transformações corporais e emocionais, bem como diversas dúvidas e angústias nunca antes vivenciadas pela gestante. Sendo assim, o grupo de gestantes caracteriza-se como um ambiente micro, e dinâmico, que objetiva a promoção da saúde integral, individual-coletiva das gestantes, mediada pelas interações que nele ocorrem. A participação no grupo permite à gestante ser multiplicadora de saúde no seu coletivo. As interações geradas entre as participantes e os profissionais da saúde formam uma teia que possibilita a promoção da saúde integral com repercussões desse processo no individual-coletivo.[3] Nesse sentido, o uso desta técnica com as gestantes permite a melhor compreensão de todas as modificações que a gravidez é capaz de trazer em sua vida, preparando a gestante, através do acompanhamento pré-natal e das práticas educativas, desde o início da gravidez até o momento do parto, a fim de que este seja vivenciado de maneira positiva. Ainda, através da prática grupal, as gestantes podem trocar informações com outras mulheres que estejam vivenciando o mesmo período, o que pode diminuir o distanciamento cultural muitas vezes existente entre as gestantes e o enfermeiro. **OBJETIVOS:** Relatar a vivência acadêmica durante a realização de um grupo de gestantes em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Santa Maria-RS, por meio de aulas práticas do curso de enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, a cerca da realização do grupo de gestantes em uma UBS do município de Santa Maria oportunizado por meio das aulas práticas do componente curricular do curso, desenvolvido no 6° semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Os encontros do grupo foram ministrados

pelos acadêmicos de enfermagem e tiveram a supervisão de uma enfermeira docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. **RESULTADOS:** O grupo de gestantes foi dividido em quatro encontros, período da prática letiva dos acadêmicos no serviço de saúde em questão e contou com a participação de cerca de 15 mulheres em diferentes estágios da gestação, bem como seus companheiros e familiares, embora a participação destes mostrou-se de forma muito reduzida. As temáticas abordadas em cada encontro eram diversas e não seguiam uma ordem cronológica, visto que o grupo era heterogêneo em relação ao período gestacional de cada gestante. No primeiro encontro, foram abordados os cuidados referentes a gestação, tais como: alimentação, higiene, repouso, atividade física, postura corporal, lazer, exames solicitados nas consultas de pré-natal e sexualidade. Ainda, foi ressaltada a importância da participação da família na gestação, parto e puerpério bem como os cuidados para diminuir os desconfortos mais comuns causados pelo período gravídico. No segundo encontro, a temática abordada foi a amamentação, orientando sobre a pega adequada do mamilo pelo recém-nascido, o correto posicionamento para o momento da amamentação, cuidados com as mamas, fisiologia da amamentação e os seus benefícios materno-infantis. No encontro subsequente, foi abordado pelos acadêmicos a temática do parto, incluindo os tipos e diferenças entre o parto normal e o parto cesárea, os benefícios que cada um carrega consigo, os motivos e os cuidados específicos de cada tipo, a recuperação e os cuidados necessários pós-parto. O último encontro do grupo foi destinado aos cuidados referentes ao período puerperal e ao recém-nascido (RN). Abordaram-se assuntos como a licença paternidade e maternidade, bem como seus direitos garantidos por lei neste período, o planejamento familiar, cuidados com o RN, como limpeza do coto umbilical, banho, alimentação, crescimento e desenvolvimento adequados. Para o desenvolvimento deste roteiro, os acadêmicos fizeram uso de várias estratégias educativas, tais como jogos educativos, música, troca de experiências e relatos através de um diálogo franco, livre de preconceitos ou julgamentos. Pode-se perceber que ao longo dos encontros, criou-se um vínculo entre as gestantes e seus familiares com os acadêmicos envolvidos, bem como com as gestantes entre si. Durante os encontros do grupo, pode-se também perceber a incorporação na fala das gestantes das orientações recebidas através das abordagens individuais do pré-natal, por meio das consultas de enfermagem. Esta adesão configura credibilidade ao trabalho que é realizado individualmente, mostrando que a prática educativa está sendo reproduzida através de abordagens claras e sem distanciamento entre os profissionais envolvidos e as mulheres. Ao fim de cada encontro, eram distribuídos brindes para as futuras mães, com o intuito de promover a cordialidade, fortalecer o vínculo e estimular o seu retorno para o próximo encontro. Ao fim dos quatro encontros, foi fornecido as gestantes ainda um certificado de participação no grupo. **CONCLUSÕES:** Diante do exposto, através da realização desta prática foi possível reconhecer o grupo de gestantes como instrumento importante a ser desenvolvido no período gravídico, uma vez que permite as gestantes elaborarem seus sentimentos em relação ao momento vivido, esclarecem dúvidas, compartilharem conhecimentos e conquistarem novos saberes. Ainda,

foi possível oportunizar a interação ensino-serviço aos acadêmicos envolvidos, fortalecendo o aprendizado em sala de aula e aprimorando a visão crítico-reflexiva da realidade vivenciada.

**Área temática:** Educação

**Descritores:** Educação em Saúde; Enfermagem; Cuidado Pré-natal; Gravidez

**Descriptors:** Health Education; Nursing; Prenatal Care; Pregnancy

**Descriptores:** Educación em Salud; Enfermería; Atención Prenatal; Embarazo

**REFERÊNCIAS**

1. Reberte LM, Hoga LAK. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. Texto contexto - enferm. 2005; 14(2): 186-192.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF); 2005.

3. Delfino, MRR, Patrício ZM, Martins AS, Silvério MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. Ciência e Saúde Coletiva. 2004.

# USO DE METODOLOGIAS ATIVAS EM ENFERMAGEM E A ATIVAÇÃO DE MUDANÇAS NO ENSINO SUPERIOR

# USE OF METHODOLOGIES ACTIVE IN NURSING AND ACTIVATION OF CHANGES IN HIGHER EDUCATION

# USO DE METODOLODÍAS VIVA EN ENFERMERÍA Y ACTIVACIÓN DE CAMBIOS EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR

SOUZA, Neila Santini de1
SILVEIRA, Andressa da2
ANDOLHE, Rafaela3
GOLTZ JUNIOR, Alberto4

1 Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem do Doutorado Interinstitucional promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIFESP/UFRJ/UFSM – DINTER Novas Fronteiras. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa/UNIPAMPA – Campus Uruguaiana/RS, neilasantini25@gmail.com.
2 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEUSP. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIPAMPA/Uruguaiana.
4 Enfermeiro. Especialista em Educação profissional na área de saúde/enfermagem pela Fundação Oswaldo Cruz. Coordenador da Central de Materiais e Esterilização do Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana/RS.

**Introdução:** A mudança na formação do profissional em saúde apresenta marcos históricos importantes, que favoreceram algumas transformações, principalmente nos últimos doze anos. A inovação organizacional provocada a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos iniciadas em 2001, bem como a Política Nacional de Atenção Básica de 2006 explicita a competência do Ministério da Saúde articulado com Ministério da Educação e Cultura para induzir mudanças curriculares visando a formação de profissionais com perfil adequado à atenção básica, o que começa a gerar novas perspectivas na formação de recursos humanos em saúde. Neste processo, passam a serem valorizadas também as dimensões psicossocial e antropológica do adoecimento e a incorporação de tecnologias relacionais na formação, ampliando a compreensão do processo saúde-doença. Com o objetivo de ordenar a formação de novos profissionais e promover a educação permanente dos trabalhadores do SUS, em 2004 surgiu a implantação da política do Aprender SUS, por

meio da parceria dos ministérios da saúde e educação, o que favoreceu a interação das instituições de ensino superior e os serviços de saúde. Outra iniciativa e estratégia, para favorecer a difusão das experiências exitosas acumuladas, de mudança na formação em saúde foram a parceria entre FIOCRUZ, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Rede Unida a fim de promover o curso de especialização em Ativação de Processo de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde. A tendência dos processos de mudança ocorre simultaneamente em vários eixos: orientação teórica que inclui a produção de conhecimentos para a realidade do SUS; consideração dos determinantes de saúde enfocando de forma articulada a promoção, prevenção e cura; promoção de pós-graduação e educação permanente definida em parceria com gestores do SUS; abordagem pedagógica que permita a participação ativa do estudante na produção do conhecimento; estrutura curricular integrada; ensino baseado em problemas da realidade do serviço de saúde; cenários variados de práticas que favoreçam a interação do estudante com a comunidade; serviços universitários integrados ao SUS; ampla participação do estudante nas práticas clínica e comunitária com orientação de um supervisor/facilitador de aprendizagem[1]. Os desafios atuais necessitam uma reestruturação pedagógica com base nos pilares da educação, com o intuito de formar profissionais capazes de: aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser, para atuar com autonomia, a fim de assegurar a atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade [2]. Outras iniciativas a partir do SGTES que favoreceram o desenvolvimento de uma política voltada aos recursos humanos no SUS e educação permanente dos profissionais foram o VerSUS, o Pró-Saúde, as Residências Multiprofissionais e as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Neste contexto é inerente a necessidade de rever e rediscutir a formação do profissional de saúde, a fim de contemplar a questão da intersubjetividade nas relações com os usuários nos serviços de saúde, experimentando novos métodos e desenvolvendo novas habilidades para a incorporação de novas práticas na linha de cuidado em saúde. Esta proposta aqui apresentada será o resultado do trabalho de conclusão do curso de especialização denominado Ativação de Processo de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, promovido em 2013 pela FIOCRUZ - Polo Resende/RJ. **Objetivos:** Implantar em dois componentes curriculares de um curso de graduação em enfermagem da região sul do país metodologias ativas de ensino aprendizagem; Avaliar a proposta implantada e suas repercussões na formação dos estudantes do curso de enfermagem; Realizar um levantamento bibliográfico para fundamentar a proposta a ser implantada. **Metodologia:** A proposta está sendo construída durante o segundo semestre do ano de 2013 e será implantada em 2014 nos componentes curriculares denominados “Enfermagem no Cuidado à Saúde da Criança e do adolescente” e “Enfermagem no cuidado a saúde do adulto em situações cirúrgicas”, ambas respectivamente no 6º e 7º semestres. Serão utilizadas metodologias ativas de aprendizagem durante todo o semestre, para atingir os objetivos propostos no plano de ensino, onde o estudante constrói seu aprendizado a partir de problemas reais sob a

orientação de seu tutor/ facilitador do processo de aprendizagem. Estas propostas inovadoras no ensino são denominadas de Metodologia da Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas. Nas duas propostas, o ensino e a aprendizagem ocorrem a partir de problemas extraídos da realidade por meio da observação realizada pelos estudantes. Sendo que na Aprendizagem Baseada em Problemas, os problemas de ensino são elaborados por uma equipe de especialistas para atingir todos os conhecimentos essenciais do currículo. Estes exemplos metodológicos são alternativas inspiradoras de um ensino inovador que ultrapassa a abordagem tradicional centrada no professor[3]. **Resultados:** A partir do levantamento bibliográfico realizado para fundamentar esta proposta, observou-se que entre as várias estratégias de ensino-aprendizagem de cursos de graduação em enfermagem, existem 29 diferentes estratégias utilizadas, sendo que as quatro mais utilizadas são a simulação (19%), programas on-line (16%), aprendizagem baseada em problemas - PBL (16%) e Estudo de Caso (5%). Destaca-se que, estas buscam uma participação mais ativa do estudante e o pensamento crítico[4]. Na metodologia da problematização, o Arco de Charles Maguerez é uma estratégia de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde de grande relevância. O arco segue as etapas de observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação na realidade. A experiência em aplicar esta estratégia, a partir de uma proposta pedagógica, é muito significativa e possibilitou aos alunos/docentes repensar e reconstruir suas próprias práticas pedagógicas[5]. Embora haja críticas às várias tendências pedagógicas, é indiscutível que a prática educativa norteada pela pedagogia da problematização é mais adequada a pratica educativa em saúde. A pedagogia libertadora pode produzir melhores resultados que as demais correntes pedagógicas estudadas, por possibilitar a participação ativa do educando no processo da aprendizagem, propiciando o desenvolvimento contínuo das habilidades humanas, tanto da clientela, quanto dos trabalhadores da área de saúde. Além de promover a valorização do saber do educando, instrumentaliza-o para a transformação de sua realidade e de si mesmo, possibilita a efetivação do direito da clientela/usuários dos serviços de saúde às informações, de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde. Estas características e consequências convergem para uma sociedade mais democrática em prol do desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos e coletividade estando em concordância com os princípios e diretrizes da Promoção da Saúde. **Conclusões:** Esta temática precisa e merece ser amplamente discutida nos cursos de enfermagem e saúde, para potencializar a educação permanente e as mudanças efetivas no ensino em saúde. Observam-se várias possibilidades e caminhos a serem seguidos, com destaque para a participação ativa do profissional em formação e atualização constante, do usuário do serviço de saúde, do estudante, com vistas a uma sociedade mais democrática, ativa e crítica, onde todos estejam cientes de seus direitos e deveres, na consolidação de seus papéis para as mudanças possíveis e tão esperadas, com vistas à construção de novas políticas públicas na área de saúde e educação que contemplem também a universalidade do acesso, a qualidade dos serviços ofertados a toda população e a alta resolutividade.

**Área temática:** Educação.

**Descritores:** Metodologia; Aprendizagem Baseada em Problemas; Educação em Enfermagem**.**

**REFERÊNCIAS:**

1. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, et al. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. Rev. bras. educ. med., [periódico na internet]. Rio de Janeiro, 2001 [acesso em 2013 abr 23]; maio/ago; 25(2). Disponível em http://metodologiasativas.com.br/site/uploads/275afcf26dc80f66533cd171635ca82d.pdf

2. Silva MG, Fernandes JD, Teixeira GAS, Silva RMO. Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. Texto Contexto Enferm, [periódico na internet]. Florianópolis, 2010 [acesso em 2013 maio 30] Jan-Mar; 19(1): 176-84. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a21.pdf

3. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface (Botucatu) [periódico na Internet]. 1998 Fev [citado 2013 Abr 28] ; 2(2): 139-154. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf

4. Waterkemper R, Prado ML. Estratégias de ensino-aprendizagem em cursos de graduação em Enfermagem. Avances en Enfermería. [periódico na Internet]. 2011, [citado 2013 Abr 28]; 29(2): 234-246. Disponível em http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/revista2011/02.pdf

5. Prado ML, Velho MB, Espíndola DS, Sobrinho SH, Backes VMS. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Esc. Anna Nery. [periódico na Internet]. 2012, [citado 2013 Abr 18];16(1): 172-177. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a23.pdf

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# GRUPO DA OBESIDADE INFANTIL E O DESAFIO CONTRA A EPIDEMIA DA OBESIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

# GROUP OF CHILDHOOD OBESITY AND THE CHALLENGE AGAINST EPIDEMIC OF OBESITY: EXPERIENCE REPORT

# GRUPO DE OBESIDAD INFANTIL Y EL DESAFÍO CONTRA LA EPIDEMIA DE OBESIDAD: RELATO DE EXPERIENCIA

KINALSKI, Daniela Dal Forno1
PAULA, Cristiane Cardoso de2
SILVA, Julia Heinz da3
POTRICH, Tassiana4
PIESZAK, Greice Machado5
LAMPERT, Ariele do Nascimento6
ROSA, Lisiane da7

1Enfermeira, Relatora, Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria. Email: daniela.kinalski@gmail.com.
2Enfermeira Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.
4 Enfermeira Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Maria.
5 Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria.
6 Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria.

**INTRODUÇÃO:** O presente trabalho trata-se de um relato de experiência do plano de ação "Assistência à criança frente à obesidade infantil" no qual foi desenvolvido junto ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), visando contribuir com a formação do acadêmico, por meio da oferta de oportunidade de realização da atividade curricular, sob supervisão de um enfermeiro responsável no setor onde irá desempenhar. O local de aprendizagem foi o ambulatório ALA C, este, possui uma diversidade de clínicas, destacando-se a clínica pediátrica, a qual dentro do ambiente hospitalar é caracterizada como referencia em 45 municípios do centro-oeste do Rio Grande do Sul no atendimento à criança e ao adolescente em diferentes fases dos agravos de saúde[1]. Hoje em dia a saúde da criança, ultrapassa as barreiras históricas, o "adulto em miniatura", assim chamado por diversos autores, vem vivendo em um mundo onde a tecnologia a mídia e até mesmo os

novos modelos de vida influenciam diretamente em seu cotidiano vivencial. As crianças são participativas, comunicativas, com opiniões próprias. Em consonância com esse fato, foi-se o tempo em que a criança saudável era a criança gordinha. Hoje o cenário é assustador: a obesidade infantil atinge 15% dos pequenos, estes que estão expostos a riscos de gente grande[2]. Na sociedade moderna e globalizada, o tema obesidade tem se espalhado a níveis alarmantes em diversas faixas etárias e em todas as populações. A obesidade infantil hoje em dia configura-se no cenário mundial como uma epidemia, causando males, como diabetes, hipertensão, doenças ósseas e articulares, além de muitos problemas psicológicos[3]. Corroborando com esta ideia, a vivência da realização do plano de ação permite enfatizar a coesão entre o ensino e a prática, visto que o acadêmico apropria-se do saber diante das demandas existentes, constrói uma identidade profissional, sente-se autônomo e responsável pela assistência de enfermagem, além de aprender a partir de experiência de trabalho desvelar lacunas a respeito da temática escrita. **OBJETIVO:** Tem-se como objetivo relatar a experiência referente à vivência da realização do plano de ação, o qual compõe como uma atividade curricular desenvolvida nos últimos semestres de graduação do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência fundamentado na percepção de uma acadêmica do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, que durante um período de Abril/ Agosto de 2013, vivenciou a condição de realização de um grupo de educação em saúde com a temática: Assistência à criança frente à obesidade infantil. Durante esse período de aprendizagem, foram realizados encontros semanalmente, que obtiveram experiências significantes e novas buscas de conhecimento com os pacientes e seus familiares. A dinâmica de trabalho dá-se a partir da formação de grupos, os quais foram devidamente encaixados com a temática. O ambulatório Ala C, encontra-se no térreo do Hospital Universitário de Santa Maria, e é composto pelas clínicas bucomaxilofacial, otorrinolaringologia, cabeça e pescoço, pediatria e ginecologia e obstetrícia. Conta ainda com o serviço de ultrassonografia e atendimento fonoaudiológico com realização da testagem auditiva neonatal e odontológico associado a clinica de cirurgia bucomaxilofacial. Dentro da pediatria, no ambulatório apresentam-se especialidades como: Prematuros, Conjunto materno infantil, Cirurgia Pediátrica, Diabetes, Doenças Infecciosas, Endócrino, Gastroenterologia, Grupo da obesidade, Nefrologia, Neurologia, Nutrição, PAISC, Pneumologia, Problemas de crescimento, Terapia Ocupacional Pediátrica. A escolha desta unidade de pediatria, para vivenciar a experiência assistencial da atividade da academia, deu-se a partir das aulas teórico-práticas no período do sexto semestre do curso de graduação de enfermagem, a aproximação com diversas especialidades encontradas na unidade referida, além do interesse pessoal de conhecer melhor esse novo contexto em que a saúde da criança está passando e também pela vontade de instigar a busca por novos conhecimentos e aperfeiçoamento tanto da prática assistencial como no ser enfermeira. A atuação no campo prático, como uma experiência de assistência de enfermagem a criança obesa, viabilizou uma melhor preparação não só ao que se refere a conhecimentos técnicos,

mas também a preparação individual. A experiência em gerenciar algo novo, desperta o olhar direto do aluno com a prática de enfermagem, e mostrou-se claramente diante de situações a qual favoreceram a maturidade, e assim, junto com isso, criando a identidade profissional, a qual se formou a partir de experiências desenvolvidas. **RESULTADOS:** O grupo da obesidade infantil tinha como objetivo principal retirar o foco da obesidade infantil como doença, e sim trazer para eles e seus familiares o foco do auto-cuidado e prevenção. Os grupos aconteciam semanalmente, todas as quartas feiras, e a demanda dos pacientes eram advindos da clinica pediátrica de acompanhamento do sobrepeso, assim, foram formados 8 grupos que se intercalavam nas semanas. O nosso cuidado, era baseado em conversas, ás quais, discutíamos como esta sendo a rotina do paciente, o que ele estava fazendo para o seu autocontrole, e como nós agora poderíamos interferir para ajuda-lo. Dentre as atividades educativas do grupo, foram realizadas palestras pela enfermeira, sendo representada por mim, pela nutricionista, e pela educadora física, enfocando principalmente a importância da família, a forma correta de alimentação, a importância do exercício físico, e mostrando a realidade do ganho de peso em crianças e adolescentes. Foi proporcionado momentos de caminhada com as crianças e seus familiares pela UFSM, incentivo ao uso dos aparelhos de musculação e aeróbicos que encontramos nos mais diversos locais de nossa cidade. Ensinamos como utiliza-los, o quanto é importante para o cuidado da saúde a associação entre um controle alimentar ligado ao esporte, ao exercício físico. Em outro encontro, queríamos despertar algo mais forte em nossos pacientes e seus familiares. Fomos em busca de um documentário que explicava como está hoje em dia a nossa epidemia da obesidade. Com ele queríamos mais uma vez, evidenciar o quanto a obesidade tem se tornado algo comum em nosso dia a dia e que com ela surgem muitos problemas, tanto social, psíquico, nutricional e crônico. Passamos o documentário em vários dos nossos encontros, e percebemos que foi bastante significante e impactante para os familiares e crianças. A partir desses grupos de educação permanente esperamos quanto profissional ter um maior acompanhamento e novas perspectivas de saúde para essa população infantil. A promoção em saúde, à educação em saúde, são as nossas maiores ferramentas para desenvolver um cuidado voltado para as reais necessidades deles. Nossos encontros eram baseados em perguntas, questionamentos, que eles mesmos traziam, assim, os grupos nunca eram repetitivos e demonstravam de certa forma uma maneira de estar mais presente nessa parcela da população. Ir em busca da realidade e trabalha-la é sempre algo desafiador para nós profissionais da saúde. **CONCLUSÃO:** A formação de um profissional é algo instigante, proporcionar conhecimento e desenvolve-lo através da nossa afinidade é algo surpreendente. Espaços da academia, os quais, proporcionam ao aluno o seu “auto desafiar” é algo que ultrapassa barreiras teóricas. A busca pelo conhecimento, pelo aprofundamento e aperfeiçoamento é essencial para a formação reflexiva do acadêmico. A elaboração do grupo da obesidade, em consonância com outros profissionais, foi desafiador e ao mesmo tempo motivador. Lidar com uma epidemia mundial, com algo que de certa forma esta presente diariamente em nosso dia a dia, mas que nem sempre é trabalhado de maneira

coesa, faz do eu- enfermeiro um ser critico e acolhedor. O grupo permitiu que eu desenvolvesse a criticidade, subsidiada pelos conhecimentos ofertados nas disciplinas da grade curricular do curso e nas atividades extracurriculares que participei/desenvolvi durante minha trajetória acadêmica. O ser enfermeiro acaba se aproximando de uma maneira mais coesa e eficaz, a qual combinada com estudos acarreta em uma satisfação pessoal e sentimento de dever comprido. Por fim, ressalto a importância dos desafios enfrentados atualmente com a temática, com a falta de subsídios práticos, para o exercício do diálogo constante, entre o eu *acadêmica*, eu *futura profissional* e o eu *pessoa* para administrar a saúde da criança atualmente.

**Área temática:** Educação.

**Descritores:** Saúde da Criança; Obesidade; Sobrepeso.

**REFERÊNCIAS:**

1. Hospital Universitário de Santa Maria [homepage na internet]. 2013

2. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de orientação para alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente na escola**. 2 .ed. Rio de Janeiro: SBP;2008.

3. Pergher RNQ, Melo ME de, Halpem A, Mancini MC. Liga da obesidade infantil: diagnóstico de síndrome metabólica é aplicável as crianças? **J Pediatr**. 2010 Mar-Apr;86(2):101-08.

# APRENDIZAGEM EM ATENÇÃO BÁSICA: SIGNIFICANDO A TEORIA ATRAVÉS DAS ATIVIDADES PRÁTICAS

# LEARNING IN PRIMARY CARE: MEANING THEORY THROUGH PRACTICAL ACTIVITIES

# EL APRENDIZAJE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: LA TEORÍA DE SIGNIFICADO A TRAVÉS DE ACTIVIDADES PRÁCTICAS

Bedin, Rafaela1
Colliselli, Liane2
Franciscon, Bruna Carlin3
Madureira, Valéria4
Sfredo, Thaisa Carla5
Tomazelli, Cídia6

1 Rafaela Bedin, acadêmica do quinto semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS campus Chapecó. E-mail: rafaela_ml@hotmail.com
2 Liane Colliselli, enfermeira, mestre, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal Fronteira Sul. E-mail: liane.colliselli@uffs.edu.br
3 Bruna Carlin Fransisconn, acadêmica do quinto semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS campus Chapecó. E-mail: bruna_franciscon@hotmail.com
4 Valéria Silvana Faganello Madureira, Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFSC, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal Fronteira Sul – UFFS. E-mail: valeria.madureira@uffs.edu.br
5 Thaisa Carla Sfredo, acadêmica do quinto semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS campus Chapecó. E-mail: thaisa_carla@hotmail.com
6 Cidia Tomazelli, acadêmica do quinto semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS campus Chapecó. E-mail: cidiato@yahoo.com.br

**Introdução**: A necessidade de aproximar a formação profissional das práticas em desenvolvimento na saúde, bem como o desejo e as iniciativas de mudanças visando a transformar e a qualificar a atenção ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) têm permeado discussões nas Instituições de Ensino Superior (IES) e nos serviços de saúde. A instituição das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde suscitou a necessidade de as instituições de ensino superior repensarem suas práticas pedagógicas, reconhecendo a importância e a necessidade de buscar maior aproximação com a realidade. Para tanto, tornou-se imprescindível estimular docentes e estudantes a articular novas redes de conhecimento e transformar o processo ensino aprendizagem com

vistas a atender as demandas sociais e em saúde que se apresentam. Neste cenário, torna-se essencial a busca de novas metodologias com a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento, onde estes passam a ser protagonista e corresponsável por sua aprendizagem, assumindo a direção de seu caminhar e construindo a sua trajetória de "aprendência", ancorada na sua história de vida e experiências acumuladas, assim como, na realidade em que se insere (Reibnitz et al.1). Neste modelo pedagógico o estudante ocupa o lugar de sujeito na construção do conhecimento, ou seja, aprende fazendo, através da ação-reflexão-ação, desenvolvendo/ampliando a atitude crítica reflexiva e emancipatória. Ao professor, cabe assumir o papel de facilitador/mediador do processo ensino aprendizagem. O curso de enfermagem na Universidade Federal Fronteira Sul - UFFS se insere neste cenário e compreende a enfermagem como uma prática social dinâmica sujeita a transformações e baseada na reflexão crítica e criativa. Tem como referência os princípios e diretrizes do SUS e contribui para a formação de enfermeiros capazes de provocar mudanças na realidade dos serviços de saúde e, consequentemente, causar impacto nas condições de vida da população brasileira. Nesta perspectiva, o processo ensino aprendizagem adotado possibilita uma atuação educativa comprometida com a mudança social e a construção da cidadania. (UFFS2). No presente relato será socializado o processo pedagógico utilizado na construção do conhecimento acadêmico, no 5º período do curso, no componente curricular 'Cuidados de Enfermagem em Atenção Básica de Saúde' que tem como **Objetivo:** inserir o acadêmico na realidade do SUS com ênfase na Estratégia Saúde da Família, proporcionando a aprendizagem acadêmica por meio da problematização de situações vivenciadas e a relação com o referencial teórico abordado nesta disciplina. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência dos acadêmicos da quinta fase do curso de Enfermagem da UFFS. Inicialmente, o conteúdo teórico foi abordado em sala utilizando distintas estratégias metodológicas fundamentadas na Política Nacional de Atenção Básica-PNAB[3] e em diferentes autores, tais como Frigo et al.[4-10]. Por conseguinte, foram realizadas atividades teórico práticas em Unidade Básica de Saúde da Família do município de Chapecó- SC. **Resultados:** A partir da vivência foi possível compreender a importância de conciliar a teoria e prática tornando o aprendizado significativo. A atividade permitiu conhecer e acompanhar a organização e realização dos serviços desenvolvidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) na perspectiva da Estratégia Saúde da Família. A vivência oportunizou qualificar as habilidades técnicas desenvolvendo assistência de enfermagem, entre elas: verificação de sinais vitais, dados antropométricos, coleta de sangue para exames, aplicação de medicamentos, acompanhamento na sala de vacinas, manipulação de sistemas, como Sistemas de Informações da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e prontuário eletrônico (Wim Saúde) e acompanhamento nos serviços de recepção. Os estudantes também realizaram atividades educativas com grupo de gestante e participaram de uma atividade de grupo realizada pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A atividade de grupo realizada com as gestantes foi planejada/organizada e desenvolvida utilizando dinâmicas, o

que possibilitou às gestantes participarem como sujeitos/protagonistas, partilhando experiências e sentimentos relacionados com a gestação. O grupo também se constituiu como um espaço para esclarecer dúvidas, dividir preocupações, ansiedades e emoções presentes nesse momento singular da vida. Teve como base os estudos de Frigo[4] e Maffacolli[5]. Durante o período das atividades teórico práticas também foi possível participar da reunião semanal da equipe de saúde e vivenciar a reunião do Conselho Local de Saúde. A primeira foi relevante na medida em que permitiu refletir sobre a importância do trabalho em equipe na perspectiva do cuidado integral, onde as informações de um profissional complementaram os conhecimentos do outro profissional e quando, através do diálogo, planejou-se de que forma este conjunto de informações poderia melhorar/contribuir para a atenção de saúde. Em relação à participação social, cabe salientar que a comunidade exerce o seu direito de cidadão, na medida em que reivindica, de forma coletiva, ações que venham ao encontro das necessidades de saúde da população. Outra atividade desenvolvida foi o re/conhecimento de um território microárea, com a construção do mapa inteligente/falante de acordo com Pekelman[6]. A partir da análise do mapa identificaram-se potencialidades e fragilidades presentes no território, bem como dados epidemiológicos significativos, dentre os quais o índice de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da população. Estes dados desencadearam uma reflexão crítica sobre as necessidades da população, bem como permitiram o exercício de um planejamento para a realidade local. Com base nas "fichas A" do SIAB e na interpretação dos dados do mapa inteligente/falante da microárea em estudo optou-se por identificar as famílias que se encontrassem em maior risco familiar conforme a escala de Coelho-Savassi (Savassi et al.7), com vistas a escolher três famílias com elevado risco para as quais foram programadas e realizadas visita domiciliar (VD). A visita domiciliar foi realizada seguindo as etapas: planejamento, execução, registro e avaliação(Rosa8). Durante a VD realizou-se a Consulta de enfermagem, com o objetivo de exercitar a Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE, que se constitui o "método científico que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente" (Tannure; Pinheiro 2010, p.9)[9]. Neste momento também se elaborou/construiu o Genograma e Ecomapa, conforme preconizado por Pereira[10]. Esta ferramenta é importante para os profissionais do ESF e NASF considerando que permite compreender a composição familiar e suas relações a partir da representação gráfica. **Conclusão:** Ao término das atividades teórico práticas pode-se afirmar que a experiência foi de extrema importância para a formação acadêmica, pois possibilitou imersão na realidade e percepção, embora parcial, sobre os as possibilidades e os desafios da profissão do enfermeiro, bem como, do Sistema Único de Saúde – SUS. Utilizar as ferramentas da ESF permitiu uma visão ampliada sobre a saúde do indivíduo, família e comunidade a partir da realidade local. O exercício da SAE, nesta etapa do curso é relevante, uma vez que direciona a assistência de enfermagem de acordo com as prioridades do indivíduo/família, conferindo maior segurança, credibilidade e visibilidade à enfermagem. Conclui-se que o processo

pedagógico utilizado na disciplina ampliou de forma significativa os conhecimentos dos estudantes sobre o SUS, instrumentalizando-os para contribuir na qualificação dos serviços de saúde, com vista a consolidação do SUS e da melhoria da qualidade de vida da população.

**Área temática:** Educação

**Descritores:** Educação em enfermagem; Saúde da família; Atenção Primária à Saúde.

Education, Nursing; Family Health; Primary Health Care.

Educación en Enfermeria; Salud de la Familia; Atención Primaria de Salud.

**Referências:**

1- Reibnitz KS, Horr L, Souza ML (org). Educação, Trabalho e Enfermagem. In: Prado ML, Horr L. Metodologia problematizadora – um modo de aprender a aprender. Florianópolis: UFSC, CCS, NFR, SPB; 2000, p 115-37.

2- Universidade federal fronteira sul. Projeto político pedagógico do curso de graduação de enfermagem da UFFS. 2010. Disponível em: <http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1151&Itemid=1724>. Acesso em 09/07/2013.

3- Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2012.

4- Frigo LF, Silva RM, Mattos KM, Manfio F, Boeira1 GS. A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência. Rev de Epidemiol Control de Infect 2012; 2(3):113-4.

5- Maffacciolli, R. Os grupos de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. 2007. 124f. Dissertação [Mestrado em enfermagem] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

6- Pekelman R, Santos AAD. Território e lugar: espaços da complexidade. Residência Integrada em Saúde. Porto Alegre – RS. 2004. p.1-10,

7- Savassi LC, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar Coelho–Savassi. Rev. J Manag Prim Health Care 2012; 3(2):179-85.

8- Rosa, MC. Visita domiciliar. In: Estratégia em saúde da família: introdutório. Florianópolis: Governo do Estado; 2009. (Módulo 3 – O processo de trabalho das equipes).

9- Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: sistematização de assistência de enfermagem:guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

10- Pereira APS, Teixeira GM, Bressam CAB, Martini JG. O geonograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Rev Bras Enferm., Brasília 2009 maio-jun [citado 2013 jul 20]; 62(3): 407-16. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/12.pdf.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# EDUCAÇÃO POPULAR - UMA ESTRATÉGIA INOVADORA PARA AS AÇÕES DE SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

# POPULAR EDUCATION - AN INNOVATIVE STRATEGY FOR THE ACTIONS OF HEALTH: A LITERATURE REVIEW

# EDUCACIÓN POPULAR - UNA ESTRATEGIA INNOVADORA PARA LAS ACCIONES DE LA SALUD: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Gomes, Angela Maria1
Finger, Denise2
SCHÖDER, Jéssica Daniela3
GERMANI, Alessandra Regina Muller4

1 Autora e Acadêmica de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, Campos Chapecó (SC) – Brasil; angela.mg92@gmail.com;
2 Autora e Acadêmica de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, Campos Chapecó (SC) – Brasil;
3Autora e Acadêmica de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, Campos Chapecó (SC) – Brasil;
4Enfermeira, Professora Mestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campos Chapecó (SC) – Brasil, orientadora do trabalho.

**Introdução**: É fato que o cenário da saúde brasileira vem vivenciando grandes transformações, deixando de lado o velho modelo hospitalocêntrico e adotando ações de promoção da saúde e prevenção de doenças se voltando mais para a atenção primária de saúde. Portanto é preciso repensar as ações de educação em saúde numa perspectiva de participação social e compreender que as verdadeiras práticas educativas somente têm lugar entre sujeitos sociais. O principio da integralidade do Sistema Único de Saúde brasileiro preconiza à atenção integral em todos os níveis do sistema, como também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado. Dentre deste contexto entra a educação popular que vem num conceito mais dialógico, emancipatório, participativo e criativo, contribuindo para a autonomia dos usuários; e potencializando essas transformações no modo de se fazer saúde[1]. **Objetivo:** Dessa forma o presente resumo trata-se do resultado de uma revisão integrativa realizada por acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul/ Campus Chapecó-SC durante o primeiro semestre do 2013 a fim de compreender a contextualização da promoção da saúde e a educação popular de maneira mais sucinta, e investigar práticas potencializando estas

estratégias. **Metodologia**: Para tanto foi realizada um pesquisa bibliográfica, do tipo qualitativa exploratória, usando como fonte de dados as revistas eletrônica online gratuita *Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)* e *Scientific Electronic Library Online (SciELO),* utilizando os descritores em Ciências da Saúde: "promoção da saúde" e "educação popular em saúde"; dando preferencia à publicações dos últimos cinco anos, produções brasileiras, e textos completos disponíveis. Na fonte LILACS foram encontrados 4 (quatro) artigos e na revista SciELO foram encontrados 20 (vinte), destes últimos apenas 5 (cinco) foram utilizados para a pesquisa; chegando à um total de 9 (nove) artigos. **Resultados**: Percebeu-se que, no Brasil, as primeiras discussões sobre as práticas preventivas e ações educativas em saúde começaram a surgir em meados da década de 70 com o Movimento Sanitarista, onde as estratégias de educação em saúde eram muito autoritárias, tecnicista e biologicista. Mas um grande marco para essa estratégia foi a partir dos anos noventa onde profissionais de saúde e lideranças de movimentos sociais e pesquisadores envolvidos em diversas experiências que se baseavam nos princípios da educação popular se organizaram em torno da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, que foi constituída no I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, ocorrido em São Paulo no ano de 19912. O que pôde se perceber é que as práticas integrando a educação popular e saúde tem sido algo muito recente no nosso país. Para Barreto (2012) essa proposta é inovadora e eficaz, mas exige um intenso trabalho de educação permanente, tanto para os profissionais dos serviços, quanto para os que estão em processo de formação, sejam eles estudantes e/ou pessoas da comunidade[3]. Levando-se em consideração os argumentos de Campos (2004) que coloca a mobilização social como um fator importante na avaliação das politicas públicas de saúde e contribuição das mesmas para a melhoria da qualidade de vida da população; outro fato que necessita se levar em conta é o de que para se trabalhar a educação em saúde é preciso compreender as concepções entre o trabalho em saúde e suas relações com os sujeitos do trabalho educativo[4]. A educação popular, além de permitir a inclusão de novos atores no campo da saúde, fortalecendo a organização popular, permite também que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber popular[2]. Na maioria das vezes a educação popular e a participação social andam juntas, e um dos espaços que, também, se vivencia essas estratégias estão refletidas nos conselhos de saúde e conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde; justamente por estes estarem mais próximos da comunidade e ser formados por representantes de usuários[5]. Em praticamente quase todas as literaturas encontradas citam o método Paulo Freire (1997) como referencial teórico-metodológico para atividades e ações de Educação Popular, sendo este um método codificador na qual é utilizado um conjunto de habilidades que permitem a construção do conhecimento a partir da realidade, conforme vivenciada pelas pessoas envolvidas[5]. Ainda, Cruz (2012) cita outro importante espaço para exercer a educação popular na atenção básica de saúde - as visitas domiciliares – sendo esta uma forma de favorecer a escuta da comunidade, antes mesmo de tomarmos qualquer decisão ou procedimentos de saúde. Outro fator para se levar em conta

é incluir a educação popular em saúde como uma base na formação acadêmica de todos os profissionais de saúde, e durante seus espaços de prática coloca-los frente à esse contexto com o intuito de lhes proporcionar uma formação mais humanística e com um olhar holístico e crítico sobre a situação. Isso lhes possibilita aprender que o profissional de saúde pública precisa compreender atentamente esta dimensão do fazer saúde, uma vez que o fenômeno deve ser encarado como direito humano e não apenas como um serviço pontual oferecido às pessoas, quando precisarem curar doenças[5]. Gomes e Merhy (2011) colocam que seria necessário o desenvolvimento de políticas mais intensivas de formação de profissionais de saúde que considerassem a educação popular como método nas suas formações. **Considerações Finais**: De maneira geral, na grande maioria da literatura encontrada, nos coloca que a educação popular permite a inclusão de diferentes atores da área da saúde, fortalece a organização popular e o controle social, ampliando as práticas em saúde das equipes de profissionais; assim busca empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, enriquecendo ambos. Reconhecemos que o uso dessa estratégia nas ações de saúde tem encontrado bastantes desafios, um deles é o modelo biomédico, que está centrado numa ideologia de cura patológica, e não tem se dedicado a compreender os saberes, estratégias, e significados que a diferentes classes populares desenvolve durante o processo de adoecimento. Com base nisso entendemos a educação popular como uma forte e importante estratégia de saúde para atuação dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, por ela entender o sujeito de uma maneira integral, contribuindo para efetivação das práticas de promoção da saúde e indo totalmente de encontro com os princípios e diretrizes do SUS.

**Área temática:** educação

**Palavras- chave:** Educação em saúde; promoção da saúde; revisão acadêmica.

**Keywords:** Health education; health promotion; academic review.

**Descriptores:** Educación para la salud; promoción de la salud; revisión académica**.**

**REFERÊNCIAS:**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Saúde Popular e Saúde. Secretaria de Gestão estratégica e participativa e Departamento de Apoio a Gestão Participativa. 2007; 1ª edição, série B, p. 158.

2. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2011; 27(1):7-18, jan.

3. Barreto ICHC, Andrade LOM, Moreira AEMM, Machado MMT, Silva MRF da, Oliveira LC, et al. Gestão Participativa no SUS e a Integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. Saúde Soc São Paulo. 2012; v.21, supl.1, p.80-93.

4. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciência e Saúde Coletiva. Brasília (DF). 2004; 9(3):745- 749.

5. Cruz PJSC, Vieira SCR, Massa NM, Araújo RAM de, Vasconcelos ACCP. Desafios para a Participação Popular em Saúde: reflexões a partir da educação popular Na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. Saúde Soc São Paulo. 2012; v.21, n.4, p.1087-1100.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ESTRESSE DE ALUNOS DE ENFERMAGEM: TENDÊNCIAS DOS ESTUDOS NO PORTAL CAPES

# STRESS OF NURSING STUDENTS: TRENDS OF STUDIES IN PORTAL CAPES

# ESTRÉS DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: TENDENCIAS DE ESTUDIOS EN PORTAL CAPES

BUBLITZ, Susan1
FREITAS, Etiane de Oliveira2
KIRCHHOF, Raquel Soares3
GUIDO, Laura de Azevedo4

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Stress, Coping e Burnout. E-mail: susan.bublitz@gmail.com
2 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Stress, Coping e Burnout. E-mail: etiof@yahoo.com.br
3 Enfermeira, Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, Linha de Pesquisa Stress, Coping e Burnout. E-mail: rakel_kirch@hotmail.com
4 Doutora em Enfermagem, Professor Associado, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Coordenadora da Linha de Pesquisa Stress, Coping e Burnout, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria/RS, Brasil. E-mail: lguido344@gmail.com

**Introdução:** Na década de 1980 teve início o movimento para a elaboração de novas propostas curriculares para o curso de graduação em Enfermagem, com o intuito de romper com o modelo tecnicista vigente na época[1]. Atualmente, as diretrizes curriculares do curso de graduação em Enfermagem no Brasil propõem uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com base no rigor científico, intelectual e pautada em princípios éticos[2]. Assim, as instituições de ensino superior buscam construir o perfil profissional de acordo com estas diretrizes, porém ainda enfrentam alguns desafios como, necessidade de alterações na grade curricular e o uso de novas metodologias de ensino. Além disso, melhorias no desempenho acadêmico e profissional dependem da compreensão das alterações psicoemocionais do estudante, no decorrer da graduação, e da valorização de aspectos que podem interferir no seu processo de ensino-aprendizagem[3]. Nesse sentido, alguns autores[4,3] afirmam que, ao tentar atender tais exigências curriculares, os alunos

vivenciam situações que podem ser avaliadas como estressoras, o que pode ocasionar ansiedade e desordens mentais. Tais percepções podem prejudicar o desempenho das atividades curriculares e interferir no bem-estar dos estudantes. Dessa maneira, torna-se relevante identificar quais são as situações que podem ser interpretadas como estressoras entre os alunos de enfermagem e quais as repercussões destas para os mesmos. **Objetivo:** Nesse sentido, esse estudo teve como objetivo reunir, sintetizar e ordenar resultados de pesquisas desenvolvidas em Programas de Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil, que abordem estresse entre alunos de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa, descritiva realizada no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), no período de 1987 (data de inicio das publicações no portal CAPES) a 2012, e no Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn-ABEn), no período de 2001 (data de inicio das publicações no portal) a 2010. Para a elaboração deste estudo, seguiram-se as seguintes etapas: identificação do tema, seleção da questão de pesquisa e definição dos objetivos, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, estabelecimento das informações a serem extraídas dos resumos das teses e dissertações, avaliação das evidências e tendências e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado nos resumos analisados[5]. Para guiar este estudo de revisão, a questão de pesquisa formulada foi: O que se tem produzido sobre estresse entre alunos de enfermagem? A busca dos estudos ocorreu em julho de 2013. No portal CAPES utilizou-se as palavras “estresse entre alunos de enfermagem” e “estresse entre discentes de enfermagem” no campo de busca “assunto – todas as palavras”. No portal CEPEn-ABEn a busca foi realizada com as palavras “alunos de enfermagem”, “estudantes de enfermagem” e “estresse”. A seleção foi realizada mediante leitura de títulos e resumos, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: teses e dissertações desenvolvidas em Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, que abordassem estresse entre alunos de enfermagem. Foram excluídos os estudos que tiveram como sujeitos acadêmicos de outras áreas, docentes e profissionais da área da saúde. Para organização dos dados elaborou-se uma tabela no programa Word (versão 2007), composta pelos seguintes itens: título, autores, ano, abordagem metodológica (quantitativa ou qualitativa), universidade, categoria (tese ou dissertação), método de coleta, sujeitos, objetivos e resultados. Os dados foram descritos, utilizando-se frequência absoluta (n) e percentual (%). **Resultados:** Ao realizar a busca no portal CAPES com as palavras “estresse entre alunos de enfermagem” foram encontradas quatro teses e 12 dissertações, que após serem submetidas aos critérios de inclusão e exclusão, resultaram em duas teses e uma dissertação, num total de três trabalhos. Com relação a busca com as palavras “estresse entre discentes de enfermagem” foram encontradas uma tese e quatro dissertações, das quais foram selecionadas a tese e três dissertação. Os trabalhos encontrados no portal CEPEn-ABEn, já haviam sido selecionados no portal CAPES. Assim, de 21 estudos encontrados no Portal CAPES, sete (100%) compuseram esta pesquisa. Os trabalhos foram identificados pela letra T de tese e D de dissertação seguidos da numeração arábica em

ordem crescente (T1, T2, T3, D1, D2, D3, D4). Em relação ao ano de publicação, o primeiro estudo encontrado foi de 2000 (D1), os demais foram publicados em 2002 (D2), 2009 (T1), 2010 (T2), 2011 (T3) e 2012 (D3, D4). No que se refere à abordagem metodológica utilizada, destaca-se que das sete publicações, cinco foram estudos qualitativos (71,42%) e dois quantitativo (28,58%). Identificou-se que os estudos foram realizados em cinco programas de pós-graduação. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) apresentou o maior número de estudos, com três produções (D2, T2, T3) (42,85%), seguido de um estudo pela Universidade Federal do Ceará (D1), um pela Universidade Federal de Santa Maria (D3), um pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (D4) e um pela Universidade Federal de Santa Catarina (T1). Ao analisar os dados, observou-se que os estudos evidenciaram que os alunos de enfermagem vivenciam situações potencialmente estressoras (T1, T2, T3, D1, D2, D3, D4). Dentre elas, são destacadas as adaptações socioculturais, econômicas e emocionais que ocorrem no processo de formação profissional (T2) e a sobrecarga de atividades (T2, T3). Um estudo realizado no sul do país verificou que as situações que representam maior estresse para os discentes de enfermagem são as vinculadas ao gerenciamento do tempo, e as situações referentes à comunicação profissional foram avaliadas como as menos estressantes (D3). Quanto ao período do curso, uma das pesquisas verificou que as atividades práticas, principalmente nos primeiros campos em ambiente hospitalar, foram as de maior estresse para os alunos de enfermagem (T1). Em relação ao estresse vivenciado no início das práticas hospitalares, um estudo identificou fatores que ameaçavam a estabilidade dos alunos durante esse período, dentre eles destacou: ansiedade, insegurança, alterações na rotina diária, ambiente hospitalar e equipe de enfermagem desconhecidos e, às vezes, hostil, enfrentamentos de situações novas e chocantes, descompasso da relação teoria/prática e dificuldades na relação professor/aluno (D1). Outro estudo, ao verificar a percepção do estresse do aluno de enfermagem frente às técnicas realizadas em meio hospitalar, concluiu que a sondagem vesical de demora foi considerada a técnica mais estressante, seguida de sondagem vesical de alívio, e que a verificação de temperatura foi a técnica menos estressante (D2). No entanto, outro estudo se deteve no estresse dos alunos do último ano, por considerar que esses estão em fase de transição para a vida profissional e consideram este período estressante (D4). Assim, este autor verificou que neste período os alunos enfrentam desamparo, desorganização do tempo e alterações nas emoções. A vivência de situações estressoras pode provocar danos ao aluno e até mesmo aos pacientes, já que estes cuidam dos mesmos (T1). Nesse sentido, um estudo identificou sinais e sintomas decorrentes do estresse vivenciado na formação acadêmica, e destacou que os alunos sentem dores e desconforto físico, principalmente, na coluna lombar, cervical e alguns em ombros, pernas e pés, relacionados às situações vivenciadas na faculdade (T3). **Conclusões:** Com os resultados deste estudo, identificou-se uma tendência da produção sobre a temática de estresse entre alunos de enfermagem em nível de mestrado, em que a maioria dos estudos foram desenvolvidos na região sudeste. Houve predomínio de estudos

de abordagem qualitativa e em relação ao ano, os mesmos se intensificaram a partir de 2009. Os estudos permitem evidenciar que os estudantes de enfermagem vivenciam situações estressoras no ambiente acadêmico e abordam alguns estressores, como à sobrecarga de atividades e o início das práticas hospitalares. As situações estressoras tiveram repercussões na vida dos alunos, os quais apresentaram sinais e sintomas decorrentes do estresse. Não foi encontrado estudo que verifique o nível de estresse de alunos de enfermagem, assim, salienta-se a importância de estudar sobre esse assunto, bem como identificar quais são os estressores para os mesmos, a fim de poder relacioná-los, já que estes repercutem em seu desempenho acadêmico e saúde o que, consequentemente, pode repercutir no futuro profissional.

**Área temática:** Educação.

**Palavras-chave:** Enfermagem; estudantes de enfermagem; estresse psicológico; ensino superior.

**Keywords:** Nursing; nursing students; psychological stress; higher education.

**Palabras clave:** Enfermería; estudiantes de enfermería; estrés psicológico; educación superior.

**REFERÊNCIAS:**

1. Bagnato MHS, Rodrigues RM. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. Rev Bras Enferm. v. 60, n. 5, p. 507-12, 2007.

2. Brasil. Ministério da Educação (BR). Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: Ministério da Educação; 2001. [acesso 20 out 2012]. Disponível em http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf.

3. Souza IMDM, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos de estudantes do curso de graduação em Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2012, vol.20, n.4, pp. 736-743. ISSN 0104-1169.

4. Mulato SC. Pesquisa-ação com graduandos do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem na identificação de estresse, cansaço e desconforto físico à promoção de saúde física e mental no cotidiano acadêmico. 2011 (Doutorado em Enfermagem) Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), 2011.

5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

# A EPIDEMIOLOGIA COMO FERRAMENTA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

Weis, Paola Souza Castro1
Neves, Aline Tatsch2
Machado, Bruna Parnov3

1 Relator. Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA – Santa Maria, RS,
Brasil. Membro do grupo de pesquisa cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade – PEFAS/UFSM. E-mail:
paola.sc@gmail.com.
2 Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA – Santa Maria, RS, Brasil. Membro do
grupo de pesquisa cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade – PEFAS/UFSM. E-mail: alinetneves@gmail.com
3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora da disciplina
Metodologia da Pesquisa da Faculdade Integrada de Santa Maria. bruna.machado@fisma.com.br.

**Introdução**: A epidemiologia deve ser utilizada como instrumento de pesquisa para utilização de enfermeiros, quer seja no ensino, nos serviços e em atividades administrativas, por oferecer subsídios indispensáveis nas suas intervenções de enfermagem. Tornando-as mais afetivas e conscientes dos desequilíbrios do processo saúde/doença. Entende-se como epidemiologia, a ciência básica da Saúde Coletiva, que estuda este processo (saúde/doença), sua distribuição e seus determinantes[1]. A partir deste instrumento de pesquisa visamos definir as causas externas como fatores de morbi/mortalidade entre pessoas de 20 à 59 anos, de ambos os sexos, caracterizando-os de acordo com sua faixa etária e causa. A Enfermagem está intimamente ligada ao ser humano e preocupada com o seu bem estar e sua qualidade de vida, buscando alternativas que permitam incentivar uma reflexão crítica da realidade, trabalhando com inúmeras estratégias de educação em saúde, voltando-se para atividades que propiciem o entendimento dos fatores necessários para a prevenção de riscos minimizando os acidentes. A educação em saúde trata-se de uma prática na qual busca-se a participação ativa da comunidade, proporcionando informações, educação Sanitária, dentre outras, aperfeiçoando as atitudes indispensáveis para a vida[2]. Defini-se como causas externas, agravos decorrentes de acidentes e/ou lesões intencionalmente provocadas, levando ou não a morte por suicídio e/ou homicídio. Podemos ainda dividir causas externas em acidentes de transito e demais acidentes, devido ao elevado número de agravos decorrentes do trânsito[3]. Entende-se acidente de trânsito

como todo evento que provoque dano e envolva um veículo, a via, a pessoa humana e ou animais e que, para se caracterizar, tem a necessidade da presença de pelo menos dois desses fatores[4]. Constituindo-se em um problema multifatorial, por necessitar de intervenções que combinem medidas preventivas, tais como, leis, educação, segurança, e melhora no atendimento pós acidental para minimizar as seqüelas, viabilizando a sobrevida das pessoas vitimadas. Nos capítulos XIX e XX da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) são definidas as causas externas, o capitulo XIX refere-se a traumatismos, queimaduras, envenenamentos ocasionados por quaisquer tipos de acidentes enquanto que homicídios, suicídios e demais causas são tratados no capitulo XX. A busca dos dados ocorreu após a visualização das diferentes causas de morbi/mortalidade em relação ao sexo no ano de 2010, na cidade de Santa Maria, demonstrando a disparidade nesta faixa etária. Fomentada pelo estudo da epidemiologia em sala de aula, no curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria. **Objetivo:** Demonstrar proporcionalmente as diferenças entre causas externas de morbi/mortalidade e sexo na faixa etária de 20 à 59 anos, no ano de 2010 na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Salientando a importância da aplicabilidade dos conteúdos elaborados na disciplina de Epidemiologia no curso de Graduação em Enfermagem. **Metodologia**: Trata-se de uma análise documental, exploratória, quantitativa de dados pesquisados no DATASUS[5], tendo como fonte principal o sistema de informações sobre mortalidade (SIM) da Secretaria Estadual de Saúde, na cidade de Santa Maria com base no ano de 2010. Após a busca ativa no banco de dados foram realizados os cálculos para definir as proporções de acordo com a causa e o sexo. Foram selecionadas as causas externas de acordo com o capítulo XX do CID10 (Classificação internacional de Doenças) e indivíduos na faixa etária de 20 à 59 anos, de ambos os sexos. **Resultados e Discussão:** De acordo com a coleta de dados realizada no site da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – DATASUS – foi possível a elaboração das percentagens apresentadas. Vimos que as causas externas de morbidade e mortalidade em acidentes de transito prevalece no sexo masculino sendo este de 37,34%, enquanto que no sexo feminino possuímos apenas 4,8% da população total do período. Obtemos ainda a informação de que o sexo masculino se mostra mais vulnerável à causas como quedas 3,6%, afogamentos 1,1%, exposição a fumaça, fogo e a chamas 1,2%, eventos cuja intenção é indeterminada 4,8%, e todas as outras causas externas 6,2%, enquanto que no sexo feminino não possuímos estas estatísticas. As agressões totalizam 30,12% , enquanto lesões autoprovocadas voluntariamente 12,04%, sendo também predominantes no sexo masculino . O que nos mostra a necessidade de políticas públicas de saúde para o homem, que é a grande vitima da falta de cuidado e informação. **Conclusão:** A partir desses dados, demonstra-se que o uso da epidemiologia possibilita um amplo estudo em termos de promoção da saúde, visando a prevenção dos riscos e uma assistência diferenciada aos indivíduos, de acordo com as necessidades. Demonstra-se ainda a necessidade de uma maior abordagem no cuidado á saúde do homem com a devida implantação e execução da política nacional do homem que busca promover uma melhoria

nas condições de saúde dessa população, reduzindo a morbidade e mortalidade através do enfrentamento dos fatores de risco buscando a facilitação ao acesso da assistência integral à saúde.

**Área Temática**: Educação em Saúde

**Descritores**: Causas externas, Enfermagem, Epidemiologia.

**Referências:**

1. MENEZES, A.M.B. :Noções Básicas de Epidemiologia, [internet] Disponível em http://www.mpto.mp.br/static/caops/patrimonio-publico/files/files/nocoes-de-epidemiologia.pdf [acesso em 2013 agosto 09].

2. Soares BAC. Morbidade e mortalidade por acidentes e violências na Grande Cuiabá – MT [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2008.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

4. MINAYO, M. C. de S. e SOUZA, E. R. de: 'Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva'. História, Ciências, Saúde— Manguinhos, IV(3): 513-531, nov. 1997-fev. 1998.

5. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. [internet]; Disponível em: www.datasus.gov.br.9 [acesso em 2013 agosto 09].

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# RELATO DE EXPERIÊNCIA: OLHAR DE ENFERMEIRAS EM DIFERENTES CAMPOS DE ATUAÇÃO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

# EXPERIENCE REPORT: LOOK FOR NURSES IN VARIOUS FIELDS OF EXPERTISE IN RESIDENCE PROGRAM MULTIPROFESSIONAL

# EXPERIENCIA INFORME: BUSCAR ENFERMERAS EN DIVERSOS ÁMBITOS DE ESPECIALIZACIÓN EN EL PROGRAMA RESIDENCIA MULTI

MATTOS, Lilian Lopes[1]
FANTINEL, Nathália Marion[2]
MARCHESAN, Mariane[3]

1 Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM, ênfase em Saúde Mental. E-mail:lilian.lm@hotmail.com.
2 Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada na Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM, ênfase em Atenção Básica/ESF.
3 Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM, ênfase em Área Hospitalar – Crônico-degenerativo.

**INTRODUÇÃO:** Com o término da graduação, o recém-formado não se apresenta seguro para atuar em seu núcleo profissional. Aliado a isso, os Programas de Residência Multiprofissional surgem como uma alternativa para aprimorar conhecimentos, aliando teoria e prática no serviço. Ainda, esse tipo de programa traz consigo uma peculiaridade muitas vezes não vivenciada durante a graduação, a atuação com outros núcleos profissionais que visa atender o usuário em sua integralidade através de ações multiprofissionais. Os programas de Residência têm como objetivo norteador desenvolver nos profissionais de saúde competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde, articulando os conhecimentos adquiridos na formação inicial com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado a saúde da população[1]. Nessa perspectiva, no campo de atuação da saúde, apesar das várias profissões inseridas, a Enfermagem é um núcleo que está presente em grande parte dos campos de prática do programa de Residência. Possui profissionais nos Programas da área de Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, de Saúde Mental no Sistema Público de Saúde e o

do Sistema Público de Saúde (Vigilância Sanitária e Atenção Básica). **OBJETIVOS:** Nesse sentido, o presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de enfermeiras que atuam em diferentes campos - Crônico-Degenerativo, Saúde Mental e Atenção Básica – vivenciadas após o ingresso no programa de Residência Multiprofissional. Sendo objetivos específicos, aprimorar a Enfermagem em trabalhos multiprofissionais e reforçar a importância dessas experiências oportunizadas aos profissionais de saúde para maior conhecimentos e experiências no Sistema Único de Saúde. **METODOLOGIA:** O presente relato trata da experiência de três residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Área de Saúde de uma Universidade Pública localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul, ingressas pelo processo seletivo realizado em janeiro de 2013. As residentes são Enfermeiras, e cada uma atua em diferentes campos: Crônico-degenerativo, Saúde Mental e Atenção Básica. O ingresso nos campos de atuação deu-se de maneira distinta. No campo da Crônico-Degenerativo, primeiramente foi apresentado os serviços e a partir daí, discutido como seriam inseridas as residentes no campo, a escolha foi realizada através da análise curricular, ocorrendo a atuação na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário da Instituição. Na Saúde Mental foi oportunizado conhecer todos os campos de atuação durante o período de uma semana, a finalidade dessa ação era a escolha do campo que haveria interesse em atuar, foi optado o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). Já no campo da Atenção Básica foi realizado um relato, com apresentação audiovisual dos campos de atuação, pelos residentes inseridos no 2º ano do programa de Residência Multiprofissional, juntamente a seus preceptores de campo, a partir de então junto aos preceptores de núcleo e campo foram escolhidos os campos de atuação, atualmente, uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada na região Oeste do município. **RESULTADOS:** A Residência Multiprofissional Integrada em Área de Saúde foi aprovado em 2008[2] e teve início em 2009 com apenas dois programas, um da área Hospitalar e outro da área do Sistema Público de Saúde. Atualmente, se constitui em quatro programas: Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, Sistema Público de Saúde e, Medicina Veterinária.Os programas de residência têm por objetivo modificar os modelos de atenção à saúde vigentes, visando garantir direitos e diretrizes do SUS com uma proposta de baseada na lógica da tríplice integração (interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional). Isso deve ocorrer com vista à realidade local de cada campo de atuação a fim de contemplar suas necessidades e demandas. Com isso, em cenários distintos propomos discutir as realidades vivenciadas em um mesmo núcleo profissional (enfermagem) em diferentes campos de atuação. O núcleo pode ser denominado como uma aglutinação de conhecimentos que demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional, enquanto o campo refere-se a um espaço de limites imprecisos onde profissionais buscariam em outros apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas[3]. No campo da Crônico-Degenerativo, a enfermagem atua como núcleo relacionando teoria e prática, utilizando-se efetivamente das tecnologias duras, juntamente com as técnicas da baixa e alta complexidade. São realizadas orientações pré e pós-

operatórias aos usuários do serviço juntamente com uma equipe multiprofissional, possibilitando assim um plano de alta desde sua internação, em vista a integralidade da atenção. Também, a fim de dar uma continuidade aos serviços da rede de atenção à saúde foi elaborado um instrumento de transferência, onde se encaminha o usuário para o serviço de atenção primária a saúde na sua alta hospitalar. Além disso, duas vezes na semana ocorre o *round* da clínica ampliada com os usuários da cabeça e pescoço e, da vascular, onde a equipe multiprofissional discute casos clínicos, realizando planos terapêuticos para os mesmos. Já no campo da Saúde Mental, a enfermagem não atua efetivamente em suas técnicas complexas, mas utiliza-se mais frequentemente de tecnologias leves: a escuta, a orientação, a promoção e prevenção da saúde. No CAPSi não trabalha-se apenas a crianças e adolescentes, mas sim, todo o contexto familiar e social no qual esse usuário esta inserido. Busca-se primeiramente fazer contato com a rede que encaminhou o usuário, ou se é demanda espontânea realiza-se contatos intersetoriais (escola, ESF de referência, entre outros) buscando construir um Plano Terapêutico Singular (PTS) adequado para esse. Além disso, especificamente de núcleo são realizados procedimentos de enfermagem, grupo de orientações com cuidadores, grupo de estudos relacionados a atividades de núcleo e campo e implantação da ficha de enfermagem do usuário. No campo da Atenção Básica a enfermagem atua em atividades de promoção, proteção, cura e reabilitação da saúde. Ao se trabalhar com o conceito que a ESF surge como um modo de reorganizar o modelo assistencial de saúde vigente no país, sendo responsável por acompanhar um número de famílias pré-definido que residem em uma área geográfica delimitada, o papel desempenhado até o momento vem em busca da criação de vínculo com os usuários e reconhecimento do território da Unidade de atuação. São realizadas atividades de campo e núcleo profissional, visando sempre o cuidado integral ao usuário e a responsabilização por esse durante seu percurso na rede de atenção à saúde, através de ações multiprofissionais e interdisciplinares. **CONCLUSÕES:** Diante das expectativas propostas pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, busca-se no decorrer das atividades o aprimoramento profissional, bem como, a melhoria do serviço de atenção à saúde em que os residentes estão inseridos através da junção teoria e prática. Crê-se que experiências na forma de educação continuada, juntamente com a intervenção núcleo e campo tem por objeto a realização de ações que provoquem a mudança e/ou a melhoria do serviço de saúde para o usuário, bem como, o desenvolvimento de profissionais de saúde competentes para o trabalho no Sistema Único de Saúde. Assim sendo, a Residência Multiprofissional aliada ao SUS, faz com que vários profissionais tenham um conhecimento aliado a experiência seja voltado de forma positiva para o serviço que estão inseridos e para os usuário.

**ÁREA TEMÁTICA:** Educação.

**DESCRITORES:** Saúde; Enfermagem; Educação

**DESCRIPTORS:** Health; Nursing; Education

**DESCRITORES:** Salud; Enfermería; Educación

**REFERÊNCIAS**

1. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Saúde Soc. 2010; 19(4):814-827.

2. Brasil. Ministério da Defesa. Diário Oficial da União – Seção 1. Nº 217; 2009.

3. CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# RELATO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPO DE ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV/AIDS

# REPORT OF ACTIONS OF HEALTH EDUCATION WITH GROUP OF TEENAGERS LIVING WITH HIV / AIDS

# INFORME DE LAS ACCIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON EL GRUPO DE ADOLESCENTES QUE VIVEN CON VIH / SIDA

FAVERO, Natalia Barrionuevo1
SEHNEM, Graciela Dutra2

1 Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) Campus Uruguaiana. Bolsista PBDA do projeto de extensão "Adolescer vivendo com HIV/aids: saber, compreender e conviver". Email: nathybf@hotmail.com
2 Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem da UNIPAMPA Campus Uruguaiana. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Orientadora do projeto.

**Introdução:** A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) representa hoje mais do que uma doença. Trata-se de um fenômeno social que trouxe à tona um profundo debate sobre valores ligados à sexualidade, às relações de gênero, à moral, aos direitos humanos e à vida. Com o surgimento dos medicamentos antirretrovirais passamos a viver um novo momento da epidemia, com maiores perspectivas de vida para as pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), inclusive para as crianças. Isso propiciou a realidade que hoje observamos, ou seja, de que crianças que supostamente morreriam na infância chegaram à adolescência[1]. E, ao chegarem à adolescência, despertam angústias e ansiedades em muitos daqueles (as) que estão envolvidos com seu cuidado e educação, principalmente no que se refere ao exercício da sexualidade, revelação do diagnóstico, adesão aos medicamentos, perspectivas de vida, entre outras questões[1].Os adolescentes que vivem com HIV/aids buscam uma normalidade de vida social própria da adolescência. No entanto, no compartilhar dos mesmos espaços sociais de seus pares a doença permanece velada, silenciada, como uma área de insegurança para ser discutida, o que ocorre principalmente por medo de exclusões e preconceitos[2]. O modo de cada adolescente vivenciar os desafios, os medos, o cotidiano, o cuidado de si, a adesão à terapêutica medicamentosa e demais questões dos cuidados de saúde está diretamente relacionado ao modo com que cada um confere sentido ao seu viver no cotidiano[3]. **Objetivo:** Relatar as

ações de educação em saúde desenvolvidas no projeto de extensão intitulado "Adolescer vivendo com HIV/aids: saber, compreender e conviver" junto a adolescentes que vivem com HIV/aids no município de Uruguaiana/RS. **Metodologia:** Para o desenvolvimento do referido projeto estão sendo realizadas ações de educação em saúde por meio de atividades lúdicas. De acordo com Lopes (2005), as ações lúdicas são consideradas uma intervenção não convencional, que aparecem como uma prática alternativa para o desenvolvimento das relações entre profissional enfermeiro e o adolescente. Participam dos encontros adolescentes portadores de HIV/aids, que sejam conhecedores de seu diagnóstico, que estejam em acompanhamento no setor de DST/aids do município de Uruguaiana-RS e que sejam autorizados pelos pais ou responsáveis; docentes, discentes e técnicos em assuntos educacionais dos Cursos de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal do Pampa e psicólogos do referido setor. Os encontros são realizados quinzenalmente, em um sala do setor de DST/aids da Secretaria de Saúde de Uruguaiana. A operacionalização dos encontros se dá em quatro momentos: no primeiro momento ocorre a preparação do local, no qual as cadeiras são distribuídas de forma circular de modo a promover boa interação face a face; são instalados equipamentos de áudio e vídeo e preparados os materiais para as dinâmicas e oficinas. Em um segundo momento, são recebidos os adolescentes, no qual procuramos estabelecer vínculos e acolhê-los. Nesse espaço, são realizadas conversas informais. No terceiro momento iniciamos as dinâmicas que compõe o encontro, seguidas pelas discussões geradas a partir delas. Este espaço propicia a troca de experiências, confecções de painéis, realização de perguntas e respostas. É, geralmente, no momento da realização das dinâmicas que os adolescentes expõem suas dúvidas e dificuldades. No último momento é realizada uma confraternização; definição das temáticas do próximo encontro, conforme sugestão dos adolescentes, e encerramento do encontro. **Resultados:** O primeiro encontro teve como objetivo integrar, consolidar e envolver os membros da equipe executora do projeto e o seu público alvo. No primeiro encontro participaram treze adolescentes, foi realizado acolhimento dos mesmos, estabelecido vínculo, apresentada a proposta do referido projeto e realizada uma confraternização. No segundo encontro participaram cinco adolescentes e realizou-se a construção de um painel acerca do processo de adolescer. A partir deste painel os adolescentes expressaram suas vontades, desejos, inseguranças e medos. Nesse encontro, os participantes apesar de apresentarem-se tímidos, conseguiram expressar na construção do painel suas percepções e sentimentos sobre o processo de adolescer. A partir dessa atividade referiram que o adolescer perpassa dançar, beijar, abraçar, estudar, amar, entre outras questões. Este encontro encerrou-se com uma confraternização, sugestões de temáticas para próximos encontros e agendamento dos mesmos. Já no terceiro encontro foram recepcionados nove participantes. A temática abordada perpassou questões como corpo, sexualidade e gênero. Para fomentar a discussão sobre tais questões, foi realizado recorte de imagens e figuras e colagem em painéis. Além disso, cada adolescente escreveu um sentimento que perpassa o ser menino e o ser menina em papel colorido e anexou aos painéis. Por meio desta dinâmica foi possível identificar

que dentre os sentimentos vivenciados pelos participantes encontram-se amor, alegria, felicidade, saudade, medo e tristeza. Para estimular o debate sobre tais questões foram utilizados vídeos educativos que abordaram questões de gênero e sexualidade. Este encontro, também, foi finalizado com uma confraternização, sugestões para próximos encontros e agendamento dos mesmos. No quarto encontro participaram treze adolescentes. Foi utilizado, para potencializar discussões acerca de questões que perpassam a amizade, família e perdas, um filme sugerido pelos próprios adolescentes. No que se refere à operacionalização do encontro, inicialmente preparou-se o ambiente com uma decoração típica de "festa junina" e, logo após, assistiu-se o filme em grupo. O enredo do filme possibilitou aos adolescentes exporem suas angustias e sentimentos em relação às questões supracitadas. Após foi realizada uma confraternização entre os integrantes do grupo. Entende-se que para o desenvolvimento de ações de educação em saúde junto a este público, é fundamental o estabelecimento de uma relação de confiança entre os adolescentes e o profissional de saúde, de modo a instituir um diálogo que permita a identificação de necessidades, medos, dúvidas e anseios dos adolescentes. Estas questões, muitas vezes, são permeadas pela carência de informações que o adolescente tem sobre seu o corpo, que está em um acelerado processo de transformações, podendo levá-lo a dificuldade de auto aceitação. Compreende-se que o profissional de saúde, ao eleger a sensibilidade, o diálogo e a ludicidade para tratar as questões relativas ao adolescer com HIV/aids, abarca a responsabilidade do cuidado com o outro. O diálogo implica em um exercício de não limitar a temática a uma área restrita ao secreto e ao silêncio, sendo um caminho que deve compreender como tais sujeitos percebem e vivenciam o processe do adolescer. Acredita-se que isso possibilita desmistificar muitos conceitos e conduz para um cuidado mais responsável, sensível e interativo. Desse modo, é importante apontar, discutir, compreender e buscar superar as restrições não justificáveis, baseadas em desconhecimento, pré-conceitos, medos, desatenção, despreparo e falta de apoio a esses sujeitos[5]. Os adolescentes vivendo com HIV/aids precisam ser ouvidos, respeitados, tidos como existentes. E, também, o momento de encontro com eles deve ser entendido como uma oportunidade para revisitarmos nossos conceitos sobre adolescência e aids[1]. Neste contexto, o acompanhamento dos profissionais da saúde aos adolescentes deve iniciar o mais precocemente possível, buscando com isso, abordar com eles diversas questões que envolvem o processo de adolescer e ser portador HIV/aids, com o objetivo de tentar desmistificar tabus e preconceitos que permeiam essa vivência. Esse momento de encontro também é propício para orientá-los quanto a prevenção de problemas futuros como a gravidez indesejada, o abuso sexual, a promiscuidade ou dificuldades sexuais propriamente ditas, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e dificuldades de auto aceitação e relacionamentos[6]. **Conclusões:** Espera-se que ao efetivar práticas que possibilitem a interação com adolescentes que vivem com HIV/aids, possa-se possibilitar a estes sujeitos autoconhecimento, autocuidado, debate sobre valores, descobertas de sentimentos, dúvidas e tabus, pertinentes e surgidos naturalmente nesta etapa do desenvolvimento humano.

Finalmente, almeja-se com esta proposta de trabalho oportunizar um exercício reflexivo que traga um diferente olhar e fazer na assistência ao adolescente que vive com HIV/aids, por meio da articulação interinstitucional, da interdisciplinaridade, da instrumentalidade de ações de capacitação, da mobilização para construção de práticas emancipatórias e da transversalidade do compromisso com a promoção a saúde do adolescente. Entende-se que com isto esta prática poderá ser geradora de uma melhor qualidade de vida aos participantes.

**Temática:** Educação.

**Descritores:** Enfermagem; Saúde do Adolescente; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

**Descriptors:** Nursing; Adolescent's Health; Acquired Immunodeficiency Syndrome.

**Descriptores:** Enfermería; Salud del Adolescente; Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

**Referências:**

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.PAULA, C.C. Ser-adolescendo que tem aids: cotidiano e possibilidades de cuidado de si. Contribuições da Enfermagem no cuidar em saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.13(3)632:39.

3.PAULA, C.C.; CABRAL, I.E SOUZA, Í.E.O. O cotidiano do ser-adolescendo com AIDS: movimento ou momento existencial. Esc. Anna Nery Revista Enferm. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; 2009.13(3): 632-639.

4.LOPES, M.J. Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. Revista Escola de Enfermagem USP, São Paulo, p.220 –228, 2005. 39(2):220-8.

5.AYRES, J.R.C.M et al. Adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional. São Paulo: Office Editora e Publicidade; 2004.1(3):326-334.

6.RAMOS, F.R.S; HEIDEMANN, I.T.S.B, Cardoso J. Corpo e sexualidade. In: Saúde do Adolescente, eixo II – Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. 618(1)-053.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# TRANSCENDENDO PROCESSOS DE TRABALHO POR MEIO DO EMPODERAMENTO EM SAÚDE

# TRANSCENDING PROCESS WORK THROUGH EMPOWERMENT IN HEALTH

# TRASCENDIENDO DE PROCESOS DE TRABAJO A TRAVÉS DEL EMPODERAMIENTO EM SALUD

PINNO, Camila1
Soares, Rhéa 2
Potter, Clarissa3
Marchesan, Mariane4

1 Enfermeira, Residente do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria. camilapinno@yahoo.com.br.
2Enfermeira. Hospital Universitário de Santa Maria. rheasoares@yahoo.com.br.
3 Enfermeira, Residente do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria. clarissapotter@gmail.com.
4 Enfermeira, Residente do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria. marimarchesansm@hotmail.com.

**Introdução:** A relação entre EPS e empoderamento ocorre por meio de ações que transcendam práticas e técnicas, podendo ser efetivadas por meio de vivências coletivas que permitam o novo, constituindo-o a partir do diálogo e reflexão, auferindo a autoconfiança [(1)]. O processo de empoderamento refere-se a valores que enfatizam as possibilidades de construção pessoal e coletiva com investimento nas potencialidades dos trabalhadores. O componente central desta mudança é a realização e a percepção do exercício de uma influência ativa e permanente sobre o processo de trabalho; identificando os conhecimentos que auxiliam na capacidade crítica, reflexiva e criadora dos sujeitos [(4)]. A EPS parte da valorização, da conscientização e do pleno desenvolvimento das potencialidades individuais dos trabalhadores; considerando-os como cidadãos inseridos em uma sociedade em contínuas transformações, logo, é possível entender que o conhecimento adquirido por meio da educação permanente pode ser uma importante estratégia de empoderamento, principalmente em situações que os sujeitos passam a ser protagonistas das mudanças. **Objetivos:** Compreender como a educação permanente em saúde pode empoderar os trabalhadores da atenção básica no seu processo de trabalho. **Metodologia:** estudo qualitativo, exploratório, descritivo. Os sujeitos foram 12 trabalhadores de enfermagem de

um município de pequeno porte, atuantes na rede básica de saúde por mais de 5 anos. O número de sujeitos a serem pesquisados foi definido pelo sistema de saturação de dados. Para a apreciação dos dados, utilizou-se o sistema de análise de conteúdo temática [3]. Foi seguido, rigorosamente, o que consta na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde [9]. Obteve-se a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (parecer número 0051.0.243.000-11). Os sujeitos do estudo foram identificados pelos códigos A1, A2 (....) para auxiliares de enfermagem, Técnicos de Enfermagem por T1, T2, (...) e os Enfermeiros (as) por E1, E2 e assim sucessivamente. **Resultados:** Os resultados advindos da pesquisa mostram que, entre os respondentes incluem-se profissionais enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem; estas apresentam idade entre 25 e 51 anos. O tempo médio de formação é de 13 anos. Exercem funções de enfermeira obstetra e generalista, enfermeira responsável pela vigilância em saúde, coordenadora de serviços da Secretaria de Saúde, técnica em enfermagem, vacinadora, auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde bucal. E, o tempo médio de atuação no serviço de saúde pesquisado é de nove anos. Construíram-se três categorias: 1. A educação permanente e o processo de trabalho. Nesta os profissionais enfocam a valorização de atividades/procedimentos desenvolvidos durante o processo de trabalho e ações de educação como grupos de saúde, cursos educativos com os usuários. O fazer repetitivo, muitas vezes torna-se comodo, trazendo de certa forma segurança [4]. Entende-se a EPS como importante estratégia de identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores e a construção de novos processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, com o objetivo de qualificar e de produzir um impacto positivo sobre a assistência aos usuários [1]. Tem-se ressaltado nas organizações de saúde, que durante o processo de trabalho, carece em produzir ações articuladas e resolutivas para a qualificação dos serviços, e consequentemente, a assistência aos usuários. Esta pode se dar a partir da valorização dos espaços de diálogos entre gestores, trabalhadores e usuários. Nesta concepção o trabalho não se restringe somente ao que está previamente definido para ser executado, mas também o que se realiza, de fato, em situações concretas e inusitadas do dia-a-dia [11]. A educação permanente e as necessidades sentidas e evidenciadas. A EPS é caracterizada por encontros mensais com os trabalhadores, reuniões, treinamentos. O planejamento das ações educativas carece estar sintonizado com as necessidades, evidenciado pelos problemas enfrentados na realidade, assim como, considerar conhecimentos e experiências dos sujeitos envolvidos no processo, sejam estes, trabalhadores ou usuários. Consequentemente propõe-se que os processos educativos sejam projetados considerando a problematização do processo de trabalho. Embora a EPS considere o trabalhador como um todo, subjetivamente e na sua multidimencionalidade, percebe-se por meio desta categoria; que o trabalhador é caracterizado quase que exclusivamente por ser um profissional técnico, no qual desenvolve atividades de acordo com as demandas momentâneas, ficando em segundo plano o planejamento institucional, e consequente, o desmembramento de ações que envolvam o trinômio atenção/gestão/educação, que são atividades proeminentes que

caracterizam o cotidiano de trabalho na enfermagem, sobretudo, dos (as) enfermeiros (as). [3]. Educação permanente, processo de trabalho e empoderamento. Os respondentes ressaltam como a EPS pode empoderar a si e cooperando para o benefício de uma assistência resolutiva, e integral. Afirmam que podem discutir, tirar dúvidas, ter mais esclarecimento por meio da EPS para melhor atender o usuário. Evidencia a pesquisa, aspectos que indicam a compartimentação e um incipiente planejamento de educação, assim como não se evidencia se estes estão ou não vinculados as necessidades dos trabalhadores. As modalidades de EPS são realizadas de forma esporádica, pontuais e voltadas às necessidades particularizadas e temporais. Percute-se que a definição de propostas educativas carece de contemplar as necessidades educativas dos sujeitos, melhor dizendo, que as temáticas estejam vinculadas com problemas que ocorrem no dia-a-dia do processo de trabalho [(10)]. As necessidades dos sujeitos são os pontos balizadores de todo o processo educativo. As ações educativas em saúde necessitam transcender a configuração de conteúdos, espaços e momentos. A amplitude do espaço educativo torna-se engrandecido além de um espaço formal; pois este pode acontecer em diversos momentos e locais, incluindo no trabalho, na rua, no lazer [(13)] **Conclusões:** O empoderamento dos trabalhadores pode ser promovido por meio de vivências coletivas que possibilitam o diálogo, permitindo que adquiram autoconfiança e reconheçam o outro e a si mesmos como sujeitos de um mesmo processo de mudança. Enfatiza-se a EPS como forma de empoderar os trabalhadores no seu processo de trabalho para que este se torne um agente de transformação de saberes e práticas. Envolver a EPS para empoderar os trabalhadores em saúde facilita perceber as dificuldades/problemas que estes encontram para adquirir conhecimento e esclarecimento de dúvidas durante o processo de trabalho incluindo também a técnica; possibilitando não somente o empoderamento para a efetivação dos serviços/assistência prestada aos usuários, mas sim o fortalecimento da atenção básica articulada intersetorialmente e entre gestores, trabalhadores e usuários. Em vista do contexto sob o qual este estudo se propôs refletir, consta a transcendência possível das práticas na produção de cuidados aos usuários, utilizando-se da EPS para o empoderamento dos trabalhadores; nos quais estes possam continuadamente constituir-se no seu próprio fazer, sua práxis. Esta forma de conceber o processo de trabalho em saúde procura romper com o modelo de hegemonia assistencial em saúde com a preposição de novas formas de organização do trabalho; com mais flexibilidade e ações dialógicas e participativas, as quais visam aprimorar a assistência e a satisfação dos sujeitos envolvidos no processo [(5)].

Á**rea temática:** educação

**Descritores:** humanização; educação; atenção primária à saúde.

**REFERÊNCIAS:**

1. Silva LAA, Franco GP, Leite MT, Pinno C, Lima VML, Saraiva N. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. Rev Texto Contexto – enferm [Internet]. 2011 [citado em 2011 out 01]; 20(2): 340-348. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000200017&lng=en&nrm=iso.

2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. A Educação Permanente entra na Roda: pólos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília (DF); 2005.

3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.

4. Rossetto M, Silva LAA. Ações de Educação Permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde. Rev Cogitare – Enferm [internet]. 2010 [citado 2011 março 15]; (4):8 Disponível em:<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20376/13546>.

5. Silva LAA, Ferraz F, Lino MM, Backes VMS, Schmidt SMS. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. Rev. Gaúcha Enferm [internet]. 2010 [citado 2011 outubro 16]; 31(3): 557-561. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-300021&lng=en&nrm=iso.

# ATENÇÃO BÁSICA, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E EDUCAÇÃO PERMANENTE NA CONCEPÇÃO DE GESTORES

# PRIMARY CARE, FAMILY HEALTH STRATEGY AND CONTINUOUS EDUCATION IN DESIGN MANAGERS

# ATENCIÓN PRIMARIA DE LA FAMILIA DE LA ESTRATEGIA DE SALUD Y EDUCACIÓN CONTINUA EN DIRECTIVOS DE DISEÑO

BRUM1, Dyan Jamilles Teixeira;
SCHIMITH2, Maria Denise;
BUDÓ3, Maria de Lurdes denardin;
ALBERTI4, Gabriela Fávero;
ROSSO5, Laís Fuzer;
VEDOOTTO6, Denise de Oliveira;
VOLMER7, Cristiana;
CREMONESE8, Luiza.

1Acadêmico de Enfermagem, 8° semestre, Bolsista do Programa de Educação Tutorial- PET Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria. jamillesenf@gmail.com.
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria.
3 Enfermeira, Doutora, Universidade Federal de Santa Maria.
4 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós –Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria. 5Acadêmico de Enfermagem, 8° semestre, Bolsista do Programa de Educação Tutorial- PET Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria.
6 Enfermeira, Especialista em Saúde pública, Universidade Federal de Santa Maria.
7Acadêmico de Enfermagem, 5° semestre, Bolsista do Programa de Educação Tutorial- PET Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria.
8Acadêmico de Enfermagem, 6° semestre, Bolsista do Programa de Educação Tutorial- PET Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria.

**Introdução:** A Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990, estabelece os princípios e diretrizes que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), dentre elas a universalidade do acesso, a integralidade na assistência, entre outras. Para que ocorra a efetivação destas práticas no SUS é necessário o comprometimento de gestores e trabalhadores da saúde, ao ter conhecimento e entendimento dos conceitos básicos do SUS para conduzir sua efetivação na prática. Para operacionalizar os princípios e diretrizes do SUS é necessário ter clareza de alguns conceitos, como a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, referente à

Atenção Básica (AB), que traz pontualmente um conjunto de ações de saúde, que a definem, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades[1]. Além disso, a portaria dispõe que a Estratégia Saúde da Família (ESF) reorganiza a AB no país, de acordo com o que foi preconizado pelo SUS. A ESF como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB por propiciar uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar seus princípios, diretrizes e fundamentos, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades e favorecer uma importante relação custo-efetividade[1]. Como o intuito de garantir a aplicação das diretrizes e fundamentos que perpassam a AB e a ESF, é essencial que profissionais de saúde busquem por garantir os direitos dos usuários. Tendo em vista que o SUS é uma política de inclusão social, é necessário que ocorra uma maior relação interligada entre trabalhadores da saúde, gestores e usuários. Uma forma possível para que isso aconteça é homogeneizar a prática e a teoria, de forma que caminhem lado a lado e, portanto, a Educação Permanente (EP) é a melhor forma para que ocorra esta troca de conhecimento. A Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde[2]. O presente trabalho consiste em uma nota prévia da pesquisa de conclusão de curso intitulada "Concepção dos gestores a respeito da Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família e Educação Permanente", pertencente ao macroprojeto "Práticas de cuidado em uma Unidade de Saúde da Família: a construção da rede de atenção à saúde". A motivação para esta pesquisa surge das vivências obtidas durante a trajetória acadêmica como graduanda em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Também, as indagações e interesse pelo tema advêm de estudos desenvolvidos durante a participação no Grupo de Pesquisa "Cuidado, Saúde e Enfermagem". A questão que norteará a pesquisa: qual a compreensão teórico-prática de AB, ESF e EP dos gestores que implantaram e/ou implementaram a ESF? **Objetivo:** Compreender a concepção dos gestores acerca da Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família e Educação Permanente de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Metodologia**: A pesquisa tem natureza qualitativa de abordagem descritiva. A pesquisa qualitativa considera que há uma relação direta entre pesquisador e sujeito, ou seja, uma ligação entre ações objetivas e a subjetividade do sujeito. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso numérico. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave[3]. A abordagem descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de

coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento[3]. Será analisado o banco de dados oriundo do estudo intitulado "Relações entre trabalhadores de saúde e usuários em uma Unidade Saúde da Família: a construção da Rede de Atenção à Saúde", também pertencente ao macroprojeto supracitado. O banco de dados foi coletado por meio de análise documental e entrevistas semiestruturada[4] com gestores. A pesquisadora também analisou as resoluções e atas do Conselho Municipal da Saúde (CMS) e os documentos recebidos e expedidos, principalmente os que envolvem processos judiciais acerca da ESF. Os entrevistados foram escolhidos aleatoriamente, iniciando as entrevistas com a Secretária Municipal de Saúde a frente da pasta quando foi implementada a ESF em Santa Maria/RS. Essa informação foi coletada nas atas do CMS, quando aprovou a implantação da ESF no município de Santa Maria/RS, em 28 de agosto de 2003, na Resolução 60/2003. A coleta de dados ocorreu de agosto de 2011 a maio de 2012. A partir do conteúdo das entrevistas contidas no referido banco de dados, será desenvolvida a análise do material empírico, segundo a análise de conteúdo temática proposta por[4] que consiste em três etapas fundamentais: a pré-análise que abarca a realização da leitura flutuante e a elaboração dos indicadores que orientem a interpretação final; a exploração do material ou operação de codificação na qual ocorre o recorte de texto em unidades de registro que podem ser uma palavra e/ou uma frase; e por fim, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação que propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material[4]. A pesquisa está respaldada seguindo os princípios éticos e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, sob CAEE no 23081.007707/2011-51. **Resultados esperados:** Espera-se que com a compreensão dos conceitos apontados seja possível discutir o papel das Instituições de Ensino Superior na formação e na EP para os trabalhadores do SUS, em especial para os enfermeiros. Ainda, que possa contribuir na problematização acerca do conhecimento de gestores e trabalhadores da saúde, relacionando-os com a construção do SUS, favorecendo à integração ensino-serviço.

**Área temática:** Educação.

**Descritores:** Sistema Único de Saúde; Profissionais de Saúde; Enfermagem; Atenção Primária a Saúde.

**Descriptors:** Health System; Health Personnel; Nursing; Primary Health.

**Descriptores:** Sistema de Salud; Profesionales de la Salud; Enfermería; Atención Primaria.

**Referências:**

1-BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011>. [acesso em 10/07/2013].

2-_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília/ DF. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf >. [acesso em 17/07/2013].

3- SILVA, E. L. da e MENEZES, E. M. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação 4a edição revisada e atualizada. Florianópolis. 2005. Disponível em: < http://www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm_3439.pdf >. [acesso em 09/07/2013].

4- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

5- MORAES, R. Análise de conteúdo. Revista Educação, Porto Alegre , 1999, 22(37):7-32. Disponível em: <http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html>. [acesso em 09/07/2013].

# AÇÕES E METODOLOGIAS DESENVOLVIDAS PELOS ENFERMEIROS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

# ACTIONS AND METHODOLOGIES ENVELOPED BY NURSES IN PRACTICE OF HEALTH EDUCATION

# ACCIONES Y METODOLOGÍAS DESARROLLADAS POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EM LA PRÁCTICA DE EDUCACIÓN EN SALUD

PIVETTA, Adrieli1
NIETSCHE, Elisabeta Albertina2
FETTERMANN, Fernanda Almeida3
TERRA, Larice Gonçalves4
CHAMPE, Thayná Silva5
DAL OSTO, Daniele Silva6
SANTINI, Caroline Feltrin7
BÖCK, Andressa8

1Enfermeira. Especialista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM – Rio Grande do Sul, Brasil. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde - GEPES/CNPq/UFSM. e-mail: adri_pivetta@hotmail.com.
2Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do curso de Graduação em Enfermagem e do PPGEnf da UFSM. Coordenadora do GEPES/CNPq/UFSM.
3Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
4Graduanda do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista de Extensão FIEX/CNPq/UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
5Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista de Pesquisa FIPE/CNPq/UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
6Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista de Pesquisa PROBIC/UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
7Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
8 Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.

**Introdução:** A educação em saúde passa a ganhar um papel importante na história do Brasil, a partir da década de 70, sustentada posteriormente pela Reforma Sanitária. É importante relembrar que isso ocorreu a partir do momento em que o Governo sentiu-se

obrigado a oferecer condições básicas de saúde a toda população, fato que incentivou as ações preventivas, que envolviam ações de baixo custo, exigindo investimentos menores ao Governo.[1-2] Entretanto, com a publicação da Constituição Federal de 1988, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), recomenda-se que a comunidade passe a ser sujeito ativo do seu processo de saúde, e inicia-se a discussão sobre a importância da apresentação de opções e estratégias em saúde de acordo com os valores, crenças, e particularidades dos indivíduos. A criação do SUS e a estratégia de participação da comunidade não estavam focadas apenas para uma educação em saúde voltada a melhoria pedagógica, findando a reflexão crítica, mas também para contribuição na transformação e evolução social.[3-4] As práticas educativas assumem, a partir deste momento histórico, o papel de tornar o sujeito capaz de escolher o que é mais saudável à sua vida, e de ser visto como um ser histórico, social e político, inserido em uma família e em uma comunidade. Contudo, para isso, além de lhe apresentar opções de escolha, faz-se necessário transmiti-la de forma clara e objetiva. É preciso partir da ideia de que não existe uma cultura melhor do que a outra, mas saberes complementares e inter-relacionados.[3-4] O novo conceito de educação em saúde, que procura superar este modelo tradicional citado anteriormente, aparece nas atividades dos profissionais de saúde intimamente relacionada a promoção da saúde, que embora sejam ações distintas, ambas buscam contribuir para melhores condições de vida, onde a participação dos sujeitos e comunidades ocorre não apenas quando há risco de doença, ou quando esta já está inserida, pois tem a preocupação de preparar o indivíduo para construir uma vida mais saudável.[3,5] Enfim, a educação em saúde pode ser considerada uma conduta facilitadora na conquista de boas condições de vida. Entretanto, é importante que o profissional oportunize o empoderamento do sujeito na transformação da própria realidade. Inserido nesta equipe de profissionais de saúde encontra-se o enfermeiro, profissional que mantém constante contato com seu público seja na atenção primária, seja no ambiente hospitalar, o que implica em um importante facilitador da educação dos sujeitos e melhoria da sociedade. Apresentar as diferentes experiências, com diferentes práticas pedagógicas e inseridas em distintos cenários a públicos variados, pode permitir ao enfermeiro, facilitador desta aprendizagem, novas opções e, assim, condições de organizar e estruturar suas atividades de acordo com suas necessidades. **Objetivo:** Caracterizar as ações e metodologias desenvolvidas pelos enfermeiros na educação em saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica que buscou reunir artigos que apresentam vivências na prática de ações que findam educar em saúde, no contexto da enfermagem brasileira. Para guiar o trabalho foi elaborada a seguinte questão: O que revelam as ações e metodologias desenvolvidas pela enfermagem brasileira na prática da educação em saúde? Para a seleção do material realizou-se uma busca das publicações nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS), "*Educação em Saúde"* e "*Enfermagem"*. O número inicial de artigos contabilizou 232, sendo 134 na base de dados LILACS e 98 na base de dados da BDENF. Os critérios de inclusão foram assim

definidos: apenas artigos nacionais, que apresentassem resumo completo na base de dados, que se encontravam disponíveis na íntegra e que retratassem intervenções (ação e metodologia) voltadas à educação em saúde na enfermagem brasileira. Foram excluídas as produções que não se apresentavam em formato de artigo ou, ainda, mesmo tratando da temática educação em saúde não descreviam as ações e metodologias voltadas para essa finalidade. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 17 artigos considerados relevantes para a questão do estudo e pertinentes a responder a pergunta norteadora da pesquisa. **Resultados:** As ações descritas pelos profissionais compreenderam variados métodos, realizados em vários ambientes como hospitalar, em Unidade Básica de Saúde (UBS), centro desportivo cultural, domicílio, casa de abrigo, escolas e aeroporto, onde foram utilizadas com finalidade de abordar diversificados temas. Esse aspecto demonstra que a educação em saúde não se restringe apenas às unidades de saúde, ela está ganhando espaços antes considerados não convencionais, e está indo ao encontro da população, fato extremamente importante. Essa iniciativa pelo sistema de saúde permite que não apenas aqueles sujeitos em situação patológica ou de vulnerabilidade entrem em contato com novos saberes sobre sua saúde, embora esse ainda seja o público predominante, como oferece a possibilidade de sujeitos saudáveis manterem seu estado de bem estar. O estudo mostrou que o público alvo das ações são, em sua maioria, sujeitos que já possuem algum processo patológico ou que se apresentam em situação de vulnerabilidade, conforme descrito pelos autores. Em apenas sete estudos, as ações foram realizadas sem que houvesse um risco evidente aos sujeitos. Outro fato relevante, que o estudo permite observar, é a utilização de ações iguais em abordagem de temáticas e públicos distintos. Foram utilizadas, por exemplo, dinâmicas com confecções de cartazes para abordar temas como direitos da mulher e corpo humano, tendo como público alvo, mulheres prostitutas e adolescentes, respectivamente. Isso demonstra que é possível adaptar as mesmas ações e metodologias para contextos e públicos distintos, oferecendo ao enfermeiro ainda mais opções de conduzir seu trabalho de educador. **Conclusões:** Frente aos estudos analisados, foi possível identificar várias e diversificadas ações desenvolvidas pela enfermagem na tarefa de educar, como grupos, salas de espera, gincanas, que envolviam confecções de cartazes, poesias, entre tantas outras metodologias. Pode-se perceber que a enfermagem mesmo que lentamente – considerando a prevalência de sujeitos com apresentação de doença ou vulnerabilidade – está munindo-se da criatividade, e acreditando que em comum acordo com sujeito e comunidade, é capaz de trabalhar assuntos de seus interesses e necessidades de forma dinâmica e participativa. As ações que envolvem os sujeitos e lhes responsabilizam pelo próprio cuidado e/ou pela reprodução do conhecimento formado, apresentam-se como fortes aliadas dos profissionais.

Á**rea temática:** Educação

**Descritores:** Educação em saúde; enfermagem; promoção da saúde.

**Referências**

1. MERHY, E.E; GOMES, L.B. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno Saúde Pública**. 27(1):7-18, jan 2011.

2. HORTA, N.C et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**. 62(4): 524-529, jul-ago 2009.

3. ALVES, G.G; AERTS,D. As práticas educativas em saúde e a ESF. **Ciência e Saúde Coletiva**. 16(11): 319-325, RJ, jan 2011.

4. MACHADO, M.F.A.S et al. Integridade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. 12(2):335-342, mar-abr 2007.

5. OLIVEIRA, D.L. A "nova" saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 13(3): 423-431, maio-jun 2005.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE PRIMEIROS SOCORROS NA OCORRÊNCIA DE QUEIMADURAS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

# POPULATION'S KNOWLEDGE ON FIRST AID IN THE OCCURANCE OF BURNS: INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE

# CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN QUEMADURAS: REVISIÓN INTEGRAL DE LA LITERATURA

ANTONIOLLI, Liliana1
BAZZAN, Jessica Stragliotto2
SILVA, Jênifer de Oliveira da3
MARTINS, Caroline Lemos4
BRAZ, Dione Lima5
BARTEL, Tainã Eslabão6
STURBELLE, Isabel Cristina Saboia2
ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena7

1 Acadêmica da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Bolsista PROBEC do Grupo de Extensão e Pesquisa em Queimaduras (GEPQ); Contato: l.antoniolli@hotmail.com;
2 Acadêmica da FEn da UFPel. Membro do GEPQ;
3 Enfermeira, pela FEn da UFPel. Membro do GEPQ;
4 Enfermeira. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEn) da UFPel. Membro do GEPQ;
5 Enfermeira. Mestranda do PPGEn da UFPel. Membro do GEPQ;
6 Acadêmico da FEn da UFPel. Bolsista PROBEC do GEPQ
7 Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Docente da FEn da UFPel. Coordenadora do GEPQ.

**Introdução**: Queimaduras são lesões no tecido de proteção do corpo causadas pela exposição ou contato com agentes térmicos, radioativos e elétricos. Estas lesões representam grave problema psicopatológico no Brasil e no mundo devido às sequelas estéticas e funcionais que provocam, e alta taxa de mortalidade relacionada[1]. Os agentes etiológicos mais comuns são os líquidos superaquecidos, produtos químicos ou inflamáveis, principalmente, pelo uso do álcool e chama direta. São atingidas com mais frequência às crianças, entre zero e 10 anos, no ambiente doméstico; seguido pelos adultos jovens, no ambiente de trabalho[2]. Após a queimadura, os primeiros cuidados realizados ao

individuo constituem um determinante fundamental para o bom prognóstico do tratamento, contribuindo decisivamente para a redução das complicações e da mortalidade relacionada ao acidente[1,2]. O conhecimento das principais causas, prevenção e primeiros socorros pela população torna-se relevante. **Objetivo**: analisar, por meio de uma Revisão Integrativa de Literatura, as evidências científicas acerca do conhecimento da população sobre os primeiros socorros e/ou primeiras atitudes frente à ocorrência de queimaduras. **Metodologia**: foi realizada busca nas bases de dados do Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (PUBMED) e na Biblioteca Virtual *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), combinando-se os seguintes descritores: *burns; first aid; attitudes; education*. Para seleção dos estudos empregou-se os limites: estudos realizados com seres humanos, publicados nos últimos 10 anos (2002-2012), nos idiomas inglês, português e espanhol, que abordaram a temática em destaque, independente do delineamento. Os artigos duplicados foram considerados uma única vez. Foram excluídas revisões de literatura, carta ao editor e artigos com critérios distintos aos estabelecidos anteriormente. Os estudos foram analisados e classificados de acordo com o Nível de Evidência (NE) (da mais forte: NE - I; para a mais fraca: NE -VII). Para a coleta de dados dos artigos utilizou-se instrumento validado. **Resultados**: Identificou-se 396 títulos e resumos, dos quais, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 18 artigos, para análise na íntegra todos com NE – VI, sendo dezesseis de abordagem quantitativa – não experimental e dois de abordagem qualitativa. Destaca-se a identificação de publicações somente no idioma inglês; treze estudos foram realizados em Hospitais; 16 não identificaram o sexo dos participantes; cinco estudos tiveram a participação de crianças, três de adolescentes e três de adultos, um idosos, dois abordaram todas as faixas etárias, e quatro não caracterizaram a idade dos participantes. Acerca do conhecimento da população sobre primeiros socorros a vítima de queimaduras nos 18 estudos analisados, a água fria foi lembrada, porém, apenas quatro estudos levaram em consideração o tempo de resfriamento da lesão, sendo este geralmente referido como sendo tempo inferior ao recomendado (20 minutos), aplicação de gelo ou compressas de gelo apareceu em oito artigos. Aplicação de gelo, e a retirada imediata das vestes no caso de queimaduras por líquido superaquecido também foram alternativas apontadas em quatro estudos. O resfriamento ativo da queimadura por líquidos superaquecidos, chama, contato com superfície quente e produtos químicos remove o calor e impede a progressão da lesão, sendo eficaz quando realizado durante a primeira hora após a lesão, devendo a imersão ou irrigação, ser realizada com água morna (15°C a 25ºC) e este resfriamento mantido por até 20 minutos[3]. Este procedimento elimina os agentes nocivos, reduz a dor, através do bloqueio da condução nervosa cutânea e o edema, através da estabilização de mastócitos e liberação de histamina. Estas condutas nos primeiros socorros, tardiamente, auxiliam na reepitelização da lesão durante as duas primeiras semanas pós-queimadura[3,4]. A utilização de água gelada ou aplicação de cubos de gelo após a queimadura não é recomendada visto que provoca vasoconstrição intensa podendo levar a

progressão da lesão e causar hipotermia. Estudo experimental[4], realizado com ratos, concluiu que a menor taxa de mortalidade foi notada entre os animais que receberam resfriamento da lesão com água morna (15 a 25ºC), em contrapartida, a água fria aumentou a taxa de mortalidade devido a ocorrência de hipotermia corporal. Em casos de escaldadura, ou seja, queimadura por líquido superaquecido, um artigo mencionou que a minoria dos pais referiu retirar a roupa quente da criança após a queimadura. A roupa pode reter calor e deve ser removida rapidamente, porém deve-se ter cautela, e antes de sua retirada é aconselhável resfriar a lesão por tempo adequado, evitando o agravamento ao retirar a roupa que está aderida à pele[5]. Dois artigos abordaram que frente à presença de fogo nas vestes, os entrevistados referiram cair no chão e rolar, sufocar a chama com pano, tirar a roupa e uso de água como as primeiras atitudes realizadas. Revisão clínica sobre os primeiros socorros adequados aos diferentes acidentes por queimaduras[5] orienta que para apagar chamas de roupas deve-se inicialmente mantê-las intactas e orientar a vítima consciente a cair no chão e rolar; em casos de vítimas desacordadas ou desorientadas deve-se sufocar a chama com cobertor, pano ou casaco. A aplicação de medicamentos sobre as lesões apareceu em nove dos artigos, dentre as substâncias utilizadas estão: creme para queimadura, aloe vera, antisséptico tópico para cicatrização da pele, Diclofenaco tópico, pomada de penicilina, entre outros. Destaca-se que, o uso de cremes deve ser evitado na fase aguda e sem orientação médica, visto que pode interferir na posterior avaliação da lesão. No total dos artigos analisados (18) foi mencionada a aplicação de substâncias tradicionais, tais como, mel, ovo cru, creme dental e molho de tomate. Outras substâncias citadas, porém com menor frequência, foram os legumes ou frutas (batata, cebola, banana), mistura de água com cal, vaselina, querosene, ervas e óleo de gergelim. Substâncias tradicionais têm sido identificadas como um preditor de avaliação e tratamento de queimaduras, uma vez que a maior parte destas substâncias são prejudiciais a evolução da lesão[5]. **Conclusão**: O presente estudo permitiu identificar que a maioria dos indivíduos possui conhecimento deficiente em relação ao primeiro atendimento a vítimas de queimaduras, visto a prevalência de informações de inadequado socorro, como aplicação de substâncias prejudiciais a evolução da lesão e utilização de água em temperatura e tempo inadequados. Percebeu-se a ausência de questionamento nas pesquisas em relação às queimaduras elétricas, que exigem uma abordagem totalmente diferente das demais, especialmente, em relação à importância de não utilizar água como primeira atitude frente a sua ocorrência, já que agravaria a lesão. Foi mencionada, nos estudos analisados, a preocupação dos autores com a necessidade de realizar programas de educação em primeiros socorros frente a queimaduras junto à população, devendo esta ser a estratégia primária e de suma importância quando o objetivo é garantir o primeiro atendimento adequado a vítimas de queimaduras. Acredita- se que o conhecimento da população sobre primeiros socorros na ocorrência de queimaduras reduziria consideravelmente a gravidade da lesão, tempo de internação e custos do tratamento dos pacientes queimados impactando positivamente no cenário atual.

**ÁREA TEMÁTICA:** Educação

**DESCRITORES:** Queimaduras; Primeiros Socorros; Educação em saúde.

**DESCRIPTORS:** Burns; First aid; Health Education

**DESCRIPTORES:** Quemaduras; Primeros Auxilios; Educación en Salud

**REFERÊNCIAS:**

1. Rempel LCT, Tizzot MRPA, Vasco JFM. Incidência de infecções bacterianas em pacientes queimados sob tratamento em hospital universitário de Curitiba. Rev Bras Queimaduras. 2011; 10(1):3-9.

2. Oliveira FPS, Ferreira EA P, Carmona SS. Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2009; 19(1): 19-34.

3. Cuttle L, Kempf M, Liu PY, Kravchuk O, Kimble RM. The optimal duration and delay of first aid treatment for deep partial thickness burn injuries. Burns. 2010 agosto; 36(5):673-9.

4. Nguyen NL, Gun RT, Sparnon AL, Ryan P. The importance of immediate cooling - a case series of childhood burns in Vietnam. Burns. 2002 março; 28(2):173-6.

5. Hudspith J, Rayatt S. ABC of burns First aid and treatment of minor burns. BMJ. 2004 junho 19; 328(7454):1487-9.

# IX ESTÁGIO INTERDISCIPLINAR DE VIVÊNCIA DE SANTA MARIA/RS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

# IX INTERDISCIPLINARY TRAINING EXPERIENCE OF SANTA MARIA/RS: EXPERIENCE REPORT

# IX EXPERIENCIA FORMACIÓN INTERDISCIPLINARIA DE SANTA MARIA / RS: INFORME DE EXPERIENCIA

WEILLER, Teresinha Heck[1]1
ANCINELLO, Carolina Fraga[2]
ENGEL, Rosana Huppes[3]
BARROS, Iarema Fabieli Oliveira de[4]
SILVA, Kauana Flores da[5]

[1] Enfermeira Doutora Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria,Tutora de Campo e de Núcleo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistemas Públicos de Saúde- Ênfase, Atenção Básica/ESF da UFSM e Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PPGENF/UFSM.
[2]Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria e bolsista do Programa de Educação Tutorial- Enfermagem UFSM.Contato:linetchava@hotmail.com
[3] Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde.
[4] Acadêmica do 8º Semestre do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista de Iniciação Científica do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva – GEPESC.
[5] Enfermeira. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde.

**Introdução:** Presentes no Brasil desde o começo da década de 90 , os estágios interdisciplinares de vivência (EIV) em áreas rurais são iniciativas que tentam promover o contato de estudantes universitários com a realidade sócio-econômica, política e cultural brasileira. Além disso, essas iniciativas visam contribuir para a formação de novos trabalhadores, seja qual for à área, compromissados com a transformação da sociedade e conscientes do papel histórico das organizações populares[1].Este estágio proporciona aos estudantes universitários contato direto com as comunidades de assentamentos e agricultores familiares organizados, vivenciando na prática seus problemas, suas formas de organização e os desafios por eles enfrentados. O primeiro Estágio de Vivência foi realizado em 1987 por estudantes de Agronomia de Dourados com nome de "Universidade pés no chão" e reuniu estudantes da região Centro-Oeste. A segunda edição envolveu

estudantes de Agronomia de 12 universidades e ocorreu em assentamentos rurais de Santa Catarina. A experiência ainda era localizada e se originava de grupos de estudantes que possuíam alguma relação com o recém criado MST(Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra).Nos anos seguintes, compreendeu-se na FEAB(Federação dos Estudantes de Agronomia do Brasil) a necessidade de expansão do estágio pelo Brasil e entre os anos de 1991 a 1996 a experiência se espalhou para todo o Brasil, com a aproximação de estudantes de novos cursos, incorporando-se o princípio da interdisciplinaridade. Essas experiências promovidas pelos estudantes foram tão significativas para a época que a UNESCO premiou a FEAB em 1992 por ser considerada uma iniciativa de destaque da juventude latino-americana. Até hoje os Estágio Interdisciplinares de Vivência (EIV) promovem um envolvimento maior das universidades com as suas regiões de abrangência e rompem com o academicismo desprovido de práxis social. Na contramão desse processo, os movimentos sociais do campo "e" ou "junto com" as entidades estudantis de Agronomia e Veterinária vêm desde a década de 1970 experimentando e incentivando a participação de estudantes em estágios de vivencia em comunidades rurais.[2] O Estágio é um período de tempo no qual estudantes convivem com comunidades rurais e assentamentos e pretende discutir a necessidade de uma profunda reorientação dos padrões de organização socioeconômica da agricultura para alcançar sua sustentabilidade[3]. Este projeto busca ainda, mostrar a relação social do modelo de desenvolvimento imposto à sociedade Brasileira comparada à realidade vivida pelos trabalhadores, através de Cursos de Formação Política envolvendo Economia e o Modelo Agrário, embasado em profundos estudos teórico- práticos desta realidade. O presente estudo tem o objetivo de relatar a experiência de organizar o Estágio Interdisciplinar de Vivência de Santa Maria no ano de 2012. **Metodologia:** Com uma metodologia bastante distinta dos projetos formais de extensão desenvolvidos nas Universidades, o Estágio de Vivência se caracteriza por fundamentar-se em alguns princípios básicos, dentre eles a interdisciplinaridade, onde se procura incentivar a participação de diversos cursos para que se possa abranger a realidade sob diversos enfoques, de acordo com as respectivas áreas do conhecimento. Outra característica importante é a forma interativa dos espaços reservados à discussão, principalmente nas fases de preparação e avaliação, privilegiando o debate como forma de construção do conhecimento, refletindo conjuntamente sobre as diferentes realidades vivenciadas durante o Estágio. A organização do estágio Interdisciplinar de Vivência começou em outubro de 2011. Primeiramente oram colocadas pessoas que já haviam sido estagiários em anos anteriores para fazer parte da Comissão Político Pedagógica (CPP). Esta foi composta por estudantes de diversos cursos de graduação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) como enfermagem, psicologia, engenharia florestal, agronomia, geografia, comunicação social e serviço social. Começamos a reunirmos semanalmente, as primeiras reuniões foram para construir os objetivos do estágio, usando também experiências e outros estágios que participamos ou que tivemos conhecimento. Assim as discussões culminaram em assuntos sobre a sociedade que vivemos, a questão agrária, modelos de

desenvolvimento no campo, a questão de gênero e a luta das mulheres no campo, o papel da universidade no desenvolvimento agrário brasileiro, o histórico do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra e a contextualização dos assentamentos no Rio Grande do Sul. Estes temas foram colocados em uma grade que perfazia cinco dias de formação conceitual dos estagiários. Depois desta etapa começamos a articular contatos para ministrarem estes espaços. Estas pessoas eram professores especialistas da questão rural , diretores do Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra, do movimento quilombola e indígenas de Porto Alegre e Santa Maria respectivamente e estudantes. A infraestrutura e logística do estágio também foram atividades da Comissão Político Pedagógica. Recursos puderam através de direções de centros com contribuições almoxarifados e com as Pró Reitorias que contribuíram com alimentos do Restaurante Universitário. Uma página na internet foi criada pela comissão onde os estudantes interessados pudessem ter acesso à uma ficha de inscrição que deveria ser preenchida. Foram realizados seminários chamados "pré-EIV" com os inscritos, nestes espaços podemos explicar os objetivos e metodologia do estágio totalizando quatro encontros. A articulação com os dirigentes do MST se deu por parte de estudantes das ciências rurais que já possuíam vínculo com os mesmos. Neste contexto os assentamentos colocaram o número de vagas que foram ofertadas pelas famílias que acolheram cada estagiário. Assim tivemos quarenta e cinco vagas alocadas em diferentes regiões do estado do Rio Grande do Sul. Os estagiários selecionados se reuniram em Santa Maria para seguir até um assentamento da região central do Rio Grande do Sul no dia 11 de março de 2013. O estágio foi dividido em 3 etapas: preparação, vivência e avaliação. No período de preparação, que foi de 05 dias, os estudantes estudaram conteúdos relativos à questão agrária e se prepararam para o período de vivência, com metodologias e dinâmicas que permitiram a construção coletiva do conhecimento. O objetivo principal desta etapa foi munir o estagiário de um conjunto de conhecimentos para compreender melhor a realidade com a qual entrariam em contato, de forma que a relação entre o estagiário e a comunidade ocorresse da melhor maneira possível. Após este período os estudantes passaram pelo período de vivência, no qual se deslocaram para diversos assentamentos de reforma agrária do estado do Rio Grande do Sul. Os estagiários foram consultados previamente quanto às preferências para sua vivência durante a etapa de preparação, tentando-se contemplar suas expectativas. Nesse período, os estudantes tiveram contato direto com a realidade de cada assentamento e participaram das tarefas diárias da família assentada que os recebeu. A partir desse contato com a realidade, o estagiário pode incorporar novos conhecimentos oportunizando a percepção da dinâmica social e dos principais problemas que afligem aquele grupo social em questão. Os assentamentos serão principalmente de famílias organizadas no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST). Esse período terá duração de 08 dias. Para a etapa de **avaliação**, todos os estagiários se encontraram novamente e compartilharam suas mais diversas experiências. A troca de experiências fez deste um momento muito rico durante o EIV. Esse período teve duração de 04 dias. **Resultados:** Como resultados desta atividade tivemos um grande aprendizado sobre o

trabalho em equipe para a organização do estágio. Além do foco multidisciplinar do conhecimento. Os estudantes tiveram grande aceitação e interesse de organizar o estágio no próximo ano. Podemos desta forma contribuir com a extensão universitária levando os estudantes a conhecerem diferentes realidades e contribuir para uma formação ampla levando em conta as populações rurais do Rio Grande do Sul. Além de formar profissionais qualificados para o trabalho com populações rurais. Tivemos também a oportunidade de ter o projeto do Estágio Interdisciplinar de Vivência aprovado pelo programa PROEXT tendo assim a viabilização da realização do mesmo estágio em 2013. Para a realização do mesmo tivemos a aproximação de diversos setores da Universidade Federal de Santa Maria. O estágio teve repercussão em diversos níveis da instituição que acreditam em uma universidade voltada para as diversas populações de nosso país. Para os estudantes da comissão político pedagógica foi um importante espaço de aut organização estudantil e de autonomia do conhecimento. Para os estudantes especificamente da Enfermagem a busca pela qualificação do trabalho com populações rurais esteve sempre presente nas expectativas do estágio e esta foi cumpria. Assim tivemos a oportunidade de vivenciar a realidade do campo brasileiro sem deixar de lado o perfil da saúde a ser observado.

**Área Temática:** Educação

**Descritores:** População Rural; Associações de Agricultores; Educação Superior.

**Keywords:** Rural Population; Farmers Associations; Education Higher**.**

**Descriptores**: Población Rural; Asociaciones de Agricultores; Educación Superior

**Referências:**

[1]NEPPA – Núcleo de Estudos e Práticas em Políticas Agrárias. V EIVI do Recôncavo baiano. Estágio interdisciplinar de vivência e intervenção em áreas de reforma agrária. Projeto apresentado a Universidade Federal da Bahia, 2010.

[2]CARDOSO, A.; SILVA, J.; SANTOS, D. Estágio interdisciplinar de vivência em comunidades rurais e assentamentos da reforma agrária no estado da Paraíba. In: X Encontro de Extensão da UFPB, Anais... João Pessoa, 2008.

[3]CAPORAL, F. R. Superando a revolução verde: a transição agroecológica no RS. Agroecologia e Desenvolvimento Rural Sustentável, v. 3, n. 3, p 70-85, 2002.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ATIVIDADES EDUCATIVAS NA ESCOLA: APROXIMANDO SAÚDE E EDUCAÇÃO

# EDUCATIONAL ACTIVITIES AT SCHOOL: APPROACHING HEALTH AND EDUCATION

# ACTIVIDADES EDUCATIVAS EN LA ESCUELA: ACERCANDO SALUD Y EDUCACIÓN

GEWEHR, Melissa1
GHELLER, Bruna2
ENGEL, Rosana Huppes3

1 Enfermeira, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS. E-mail: mel.ufsm@gmail.com
2 Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS
3 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde.

**Introdução:** Os grupos de convivência têm a base para desenvolver aprendizados, com objetivos comuns e uma metodologia que valoriza o processo histórico, a situação de cada um dos participantes e o desenvolvimento pessoal e comunitário. Nesses grupos, os jovens partilham ideias, estudam e assumem juntos conflitos, vitórias e derrotas, reconhecem sua individualidade, colocando o grupo como referência e apoio para a afirmação pessoal e construção coletiva (HAMMES, 2013). Nesses espaços, torna-se possível a educação em saúde, sendo compreendida como "um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação e tem como objetivo sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida" (BRASIL, 2009, p.17). Ainda, é considerada importante ferramenta da promoção em saúde, que necessita de uma combinação de apoios educacionais e ambientais que objetiva atingir ações e condições de vida conducentes à saúde (CANDEIAS, 1997). **Objetivos:** Relatar a experiência de desenvolver grupos de convivência com crianças na escola próxima a uma unidade de saúde. **Metodologia:** Os grupos de convivência ocorrem semanalmente, com encontros pela manhã em horários previamente pactuados com os professores responsáveis pelas turmas. Esta ação foi criada pelas residentes de nutrição e enfermagem, com o apoio da tutora de campo, após o diagnóstico de que as crianças não compareciam a unidade e que também a unidade não

oferecia nenhum serviço específico para este grupo, como campanhas, grupos, acompanhamento em saúde, etc. Com isto, viu-se a oportunidade de estar presente no ambiente em que eles mais se encontram e onde ocorre a sua formação, tanto intelectual como social, que é a escola. A partir disso, para realizar estes grupos foi elaborado um esboço metodológico com objetivos, metas, especificação dos participantes (idade, sexo). Após, criou-se um vínculo com a instituição, buscando saber quais eram as demandas, quais os grupos ou turmas mais vulneráveis dando-se início as atividades grupais. Na continuação deste trabalho de educação em saúde, as residentes da Assistência Social e Enfermagem fortaleceram o trabalho dando um caráter mais bio-psico-social, trazendo pra além de discussões em saúde, questões no âmbito social e cultural visando à integralidade e compreensão da totalidade nessa prática. **Resultados/Discussões:** Para dar início aos resultados, parte-se do pressuposto de que "o homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Não pode ser o objeto dela. Por isso, ninguém educa ninguém" (FREIRE, 1997). Nesse ano foram selecionadas as turmas de 3º, 4º e 5º anos sendo que numa semana são as duas turmas do 3º ano e na outra o 4º e o 5º ano juntos, de forma que os encontros com a mesma turma são quinzenais. As atividades iniciaram no final de abril de 2013 e até o presente momento houve apenas oito encontros no total, pois o turno disponibilizado é a sexta-feira pela manhã, ocorrendo ainda dias em que houveram alguns eventos como dispensação dos alunos em horário excepcionalmente mais cedo, ou período de greve, ou ainda um dia não letivo. Em um primeiro momento, foi apresentada a proposta da atividade, as participantes e o objetivo principal, que é aproximar a Estratégia de Saúde da Família - ESF da Escola. Em seguida, foi construída, juntamente com os alunos e as professoras, uma planilha de temas que poderiam ser abordados no decorrer do ano. Após apresentações iniciais, foi entregue uma folha para que cada aluno desenhasse o que almeja ser na fase adulta de suas vidas: qual a profissão a seguir onde a maioria demonstrou interesse pela profissão de medicina veterinária. Outras profissões que sugeriram foram jogador de futebol, bombeiro, cabelereira, piloto de corrida, dona de casa, médico e enfermeira, rapper/musicista, mecânico, cirurgião dentista, capoeirista, entre outras. Foi proposta uma "Feira das Profissões" mais ao final do ano ou uma visita a feira que ocorre anualmente na Universidade Federal de Santa Maria, ficando as professoras encarregadas de discutir qual proposta seria mais viável. No segundo encontro trabalhou-se com a temática "Bullying no ambiente escolar, social e familiar", explanando conceito, categorias, tipos, atores e consequências, com exposição de PowerPoint, dois vídeos e sugestão de títulos de filme a ser trabalhado a fim de acrescentar ênfase à temática. Houve mais participação da turma do 3º ano, por ser uma turma maior, relatando casos vivenciados na creche, na escola por meio da relação entre os colegas, sendo fomentada a boa convivência entre amigos. O 4º e 5º anos tinham uma compreensão maior do tema e quando questionados sobre o conhecimento deles, houve uma menor necessidade de ser especificada cada etapa, sendo apenas sanadas as dúvidas surgidas. Por meio deste processo experenciado compreende-se que não existe como ensinar sem aprender, onde aquele que

ensina aprende, de um lado, porque reconhece um conhecimento antes aprendido e, de outro, porque, observando a maneira como a curiosidade do aluno aprendiz trabalha para apreender o ensinando-se, sem o que não o aprende, o ensinante se ajuda a descobrir incertezas, acertos, equívocos (FREIRE, 1997). A terceira temática abordada foi acerca dos cuidados corporais e higiene, sendo enfatizada a lavagem das mãos, o banho diário, cortar unhas e a escovação após a alimentação. Os alunos compreendem quais os riscos de não manterem uma higiene adequada, principalmente quanto à lavagem das mãos e escovação. A ultima temática desse semestre foi a sexualidade e a fase da puberdade. Iniciou-se com a turma do 3º ano (05/07) e foi finalizado com as turmas de 4º e 5º ano (12/07), sendo separados por sexo, para facilitar a participação e o envolvimento. No primeiro momento, foi explanado um vídeo relacionado com a temática. Em seguida, foram dispostos em círculo e questionados acerca de suas percepções e experiências, utilizando o adulto de referência em casa para as explicações. Observou-se maior participação masculina, com muita troca de risos quando eram abordados as genitálias e processos fisiológicos. Com as meninas, as mais novas mostraram-se mais participativas e em ambos os encontros disponibilizamos o espaço da ESF para consultas individuais como forma de garantir sensibilidade com os casos de timidez acerca do assunto demonstrado por muitas alunas durante a oficina. Foi interessante também a participação da agente comunitária de saúde, que pode compartilhar seus conhecimentos e experiências enquanto mãe. **Conclusão:** Compreende-se que a escola é o principal ambiente para o desenvolvimento de relações, do senso crítico e político e para construção de valores pessoais e maneiras de conhecer e viver em sociedade. Nessa perspectiva, a educação em saúde insere-se como ferramenta eficiente na intervenção não somente quanto ao processo de saúde-doença, mas seus entremeios bio-psico-sociais. Ao desempenhar ações educativas, observou-se que a troca de saberes contribuiu para o aprimoramento de habilidades das residentes e para o estímulo a consciência crítica e maior vinculação das crianças com a ESF.

Á**rea temática:** educação

**Descritores:** Educação em Saúde; Grupos Etários; Promoção da Saúde.

**Referências:**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático:** promoção da saúde IV. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209-13, 1997.

FREIRE, P. **Professora sim, tia não:** cartas a quem ousa ensinar. Editora Olho d´Água: São Paulo, 1997.

HAMMES, L. J. **O Grupo de Convivência na Formação dos Jovens:** um espaço alternativo de educação. Disponível em: < http://www.brasa.org/documents/brasa_ix/Lucio-Jorge-Hammes.pdf >.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# EDUCAÇÃO PERMANENTE: REFLEXÕES DA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM O COMPARTILHAMENTO DE EXPERIÊNCIAS

# PERMANENT EDUCATION: REFLECTION OF PRATICE OF HEALTH PROFISSIONALS BY SHARING EXPERIENCES

# EDUCACIÓN PERMANENTE: REFLEXIONES DE LA PRÁCTICA DE LOS PROFISIONALES DE LA SALUD COM EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIA

FÉLIX, Roselaine dos Santos1
SPERONI, Katiane Sefrin2
PANCIERA, Lurdes3

1 Enfermeira da Unidade Tocoginecológica do HUSM/UFSM. Especialista em Saúde Pública e com Ênfase em Serviços-Universidade do Contestado. Membro da Equipe de Segurança do Paciente HUSM.E-mail: rsstfx@yahoo.com.br.
2 Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho - FACINTER. Membro da Equipe de Segurança do Paciente do HUSM. Pós-graduanda em Gestão de Organização Pública em Saúde - UFSM e TICs Aplicada à Educação - UFSM. E-mail: katiane.speroni@gmail.com.
3 Enfermeira. Especialista em Gerenciamento de Enfermagem - UFSM. Coordenadora da Área Materno-Infantil do HUSM. E-mail: udinha100@uol.com.br.

**Introdução**: Uma instituição pública de saúde que vise uma assistência qualificada e de relevância à sua população atendida deve investir amplamente em seus profissionais na busca de um desempenho alicerçado no conhecimento e desenvolvimento de habilidades que serão transmitidas através de um atendimento humanizado, qualificado, efetivo com profissionais satisfeitos e estimulados ao desempenho de suas atividades diárias e obtendo resultados de qualidade para a instituição. Para alcançar esses desafios citados anteriormente, tem-se na Educação Permanente em Enfermagem nas instituições públicas de saúde o direcionamento das atividades educativas para esta realidade e para as necessidades de transformação das práticas profissionais, propiciando o desenvolvimento profissional e a melhoria da assistência de enfermagem[1]. A Política Nacional de Humanização (PNH) criada no ano 2003 pelo Ministério da Saúde tem por objetivo qualificar as práticas de gestão e de atenção em saúde, visando nesta perspectiva, à qualificação do atendimento e a assistência humanizada. Neste sentido, busca-se à produção de novas ações por parte dos profissionais da saúde, gestores e usuários, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho em saúde[2]. Nessa oportunidade de reflexão das práticas do cotidiano buscam-se capacitar os profissionais com o

compartilhamento de experiências em grupo e com apoiadores de outras áreas bem como, a incorporação de tecnologias adquiridas no ambiente de trabalho[3]. **Objetivos**: Com este estudo, objetiva-se abordar a prática das atividades educativas dos profissionais de saúde condizendo com a realidade, numa proposta bem maior que seria a educação permanente no eixo da educação em serviço a fim de proporcionar um espaço para reflexão das experiências vivenciadas no cotidiano do seu trabalho, bem como, fomentar o desenvolvimento profissional e a aquisição de conhecimento para uso adequado de equipamentos novos adquiridos na Unidade Tocoginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria, uma instituição pública de referencia macrorregional do Rio Grande do Sul. **Metodologia**: Trata-se de um relato de experiência que emergiu através das reuniões da equipe de enfermagem a qual solicitou a realização de capacitações que fossem adequadas às necessidades do serviço e as expectativas dos profissionais de enfermagem com novas abordagens teórico-práticas, a fim de privilegiar o conhecimento prático de cada profissional em ações educativas e reflexivas, favorecendo assim uma reflexão compartilhada e sistemática[4]. A capacitação foi desenvolvida na Unidade Tocoginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria no mês de abril do ano de 2013. A Unidade Tocoginecológica dispõe de onze leitos ginecológicos e vinte e um leitos de maternidade atendendo em sua grande maioria gestante, puérperas com ou sem o seu recém-nascido e pacientes cirúrgicas e com necessidade de tratamentos oncológicos. A unidade tem à disposição no seu quadro funcional sete enfermeiras, porém uma está ausente devido licença saúde; nove técnicos de enfermagem e oito auxiliares de enfermagem. Disponibilizamos para a capacitação três momentos em dias e horários diferentes para facilitar a participação dos profissionais e com a programação definida e divulgada no mural da unidade. Foi utilizado um questionário para preenchimento pós-capacitação com seis questões fechadas e uma questão aberta para sugestões e/ou críticas. O projeto foi cadastrado no Núcleo de Educação Permanente em Saúde da instituição oportunizando aos participantes a terem as horas da capacitação acrescidas no banco de horas do servidor e o fornecimento de certificados aos apoiadores previamente confirmados. Conforme exigência do Núcleo de Educação Permanente em Saúde nos três momentos de capacitação foi solicitada a assinatura da lista de presença para confirmação para o banco de horas do servidor e para arquivo. Oportunizamos a colegas profissionais da própria Unidade Tocoginecológica e de outra área de atuação como apoiadores na capacitação. **Resultados**: Obteve-se a participação de vinte e dois profissionais da enfermagem, porém somente quinze responderam o questionário perfazendo um percentual de 68%. Dos questionários entregues 53% foram dos técnicos de enfermagem, 27% dos enfermeiros e 20% dos auxiliares de enfermagem. Quanto ao local da capacitação 53% dos participantes considerou muito bom, 27% excelente, 13% bom e 7% não responderam. Sobre o horário das reuniões da capacitação 53% selecionou como muito bom, 20% como excelente, 20% como bom e 7% não responderam. Com relação à temática observou-se que os profissionais consideraram excelente, totalizando 46% nessa categoria, 40% como muito bom, 7% como

bom e não responderam outros 7%. Quanto aos recursos utilizados na capacitação 53% consideraram excelentes e 47% muito bom. Com relação aos instrutores obteve-se um percentual de 46% como excelente, 40% muito bom, 7% como bom e não responderam 7%. Na questão aberta para sugestões e/ou críticas 53% responderam que a equipe necessitava de mais capacitações, 40% não respondeu e 7% apontou que há necessidade de simulações de atendimento de parada cardiorrespiratória neonatal, adulto e infantil. Ao confrontar diferentes pensamentos, ações de planejamento, mecanismos de decisão, estratégias de implementação, ferramentas de avaliação, e principalmente a maneira como estes processos foram desenvolvidos durante a capacitação teórico-prática direcionando para a reflexão das práticas do cotidiano e construção de transformações reais e comprometidas com a produção dos serviços de saúde, elevando-se o grau de co-responsabilidade dos diferentes profissionais da enfermagem, o que implica numa mudança para a melhoria da assistência aos usuários dos serviços de saúde de forma mais qualificada e humanizada, como também, a melhoria da gestão no processo de trabalho.[5] **Conclusões**: Conclui-se com o presente estudo que a atividade proposta alcançou seus objetivos pela análise da satisfação da maioria dos profissionais presentes, através dos diálogos acompanhados durante a capacitação, pelos percentuais encontrados nas respostas do questionário aplicado e pelas estratégias utilizadas como a roda de conversa, atividades práticas e o compartilhamento de experiências vivenciadas que oportunizou a elucidação de dúvidas, o desenvolvimento de habilidades, a incorporação de novas tecnologias disponíveis no local de trabalho e a aquisição de mais conhecimento proporcionando o desenvolvimento profissional, a qualificação do atendimento e a assistência humanizada. A modalidade proposta nas atividades educativas teórico-prática confirmou o encontrado na literatura que a reflexão das práticas diárias do cotidiano dos profissionais de saúde qualifica a assistência prestada através do compartilhamento de experiência superando problemas e desafios do trabalho em saúde. Neste grande êxito do primeiro momento de capacitação ficou o desejo da maioria em mais capacitações na busca de mais qualificação no atendimento e na mudança de atitude para abrir-se aos desafios que a educação permanente exige aos profissionais da saúde. Ficou também a inquietação de convidarmos os alunos de enfermagem do semestre de administração e à equipe multiprofissional para inserir-se nas próximas etapas.

**Área temática**: Educação.

**PALAVRAS CHAVES**: Educação permanente; Enfermagem; Humanização.

**KEYORDS**: Permanent education; Nursing; Humanization.

**PALABRAS CLAVE**: Educación permanent; Enfermeria; Humanización.

**REFERÊNCIAS:**

1. NISHIO EA; BAPTISTA MAC. (organizadoras). Educação Permanente em Enfermagem - a evolução da Educação Continuada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e Intervenção/MS, 2010. 242p. –(Série B Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS, v. 1).

3. CECCIN RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface. v. 9, n. 16, p. 161-177, set 2004/fev2005.

4. 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/MS, 2009. 64 p.-(Séries Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v.9).

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Série B. Brasília – DF, 2004.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# RELATO DE EXPERIÊNCIAS ACERCA DE AÇÕES EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS PARA ADOLESCENTES

# REPORT OF EXPERIENCES ABOUT EDUCATIONAL ACTIVITIES DEVELOPED FOR TEENAGER

# INFORME DE EXPERIENCIAS SOBRE MEDIDAS ADOPTADAS PARA LA EDUCACIÓN DEL ADOLESCENTES

VALANDRO, Luana Patrícia1
SANTOS, Maria Elisabete Calado Ramalho dos2
ZANETTINI, Angélica3
NOGUEIRA, Luciana de Alcântara4

1Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó. E-mail: valandro_luana@hotmail.com
2Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó. E-mail: mariaelisa_ramalho@hotmail.com
3Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó. E-mail: gelyzanettini@hotmail.com
4 Professora, Mestre em Enfermagem, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó. E-mail: lunogueira@uffs.edu.br

**Introdução:** A adolescência, segundo o Ministério da Saúde, compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos de idade[1]. É nesta fase da vida onde os indivíduos sofrem grandes mudanças, tanto físicas quanto mentais que são acompanhadas de novas descobertas e escolhas que posteriormente nortearam o seu futuro. Por outro lado, estas escolhas podem ser acompanhadas de conflitos e crises já que ao mesmo tempo em que os jovens buscam por liberdade, podem ser reprimidos pela sociedade e por suas famílias[2]. Tais dificuldades encontradas nesta etapa da vida, podem ser resultado da falta de diálogo, bem como da carência de esclarecimentos acerca de temas que são fundamentais para a sua formações crítica, tais como dependência química e sexualidade. Nos tempos atuais, os adolescentes são altamente influenciados pelos meios eletrônicos (televisão, internet) e isso contribui para que os mesmos formem seus conceitos embasados neste meio de comunicação. Além disso, o que se verifica nos tempos atuais, são os jovens estando expostos cada vez mais cedo a aspectos que antes eram tidos como inimagináveis para pessoas desta idade, como a vida sexual por exemplo[3-4-5]. Dessa forma, é de extrema importância que os jovens possam ser atendidos e principalmente ouvidos, quanto aos seus anseios e questionamentos.

Pensando nisso, foi apresentada uma proposta de extensão intitulada "Ações Educativas Voltadas ao Adolescente: Reforçando a Promoção da Saúde Integral", baseada na cartilha do Ministério da Saúde intitulada de Programa Saúde do Adolescente – PROSAD, focando na atenção integral dos adolescentes. **Objetivos:** Frente a esta realidade, foi sugerida uma proposta de extensão, que tem como finalidade trabalhar temáticas do dia-a-dia com cerca de 20 adolescentes, de faixa etária entre 12 e 18 anos, de ambos os sexos. Estes adolescentes são participantes de um programa socioeducativo da Fundação de Ação Social de Chapecó – FASC, onde desenvolvem atividades de serigrafia e cartonagem. O projeto objetiva a explicação de temas tidos como "batidos" pelos jovens, buscando saciar as duas duvidas, bem como reforçar a promoção da saúde. **Metodologia:** O primeiro passo para a execução do projeto, foi a realização de uma reunião com a coordenadora da FASC-Chapecó, para a definição do local onde o projeto seria aplicado. Após isso, foi realizada uma visita para o reconhecimento da instituição, bem como dos adolescentes que posteriormente participariam das oficinas. O projeto, que no presente momento ainda encontra-se em execução, tem prazo de desenvolvimento de 10 meses, sendo eles entre março e dezembro de 2013. O local escolhido para os trabalhos foi a unidade de atendimento sócio educativo localizado no bairro Efapi, no município de Chapecó-SC. Já os temas escolhidos para os encontros foram minuciosamente pesquisados e estudados, para que apenas aqueles que realmente estão relacionados com o período da adolescência fossem escolhidos. Com isso, quatro temas centrais foram apurados, sendo eles a sexualidade, a gravidez na adolescência e a importância do planejamento familiar, dependência química e por fim, a violência, que são trabalhados através de oficinas dinâmicas e explicativas. Ao final de cada encontro, é disponibilizada uma caixa, para que os participantes possam depositar suas duvidas sobre o tema que será abordado na oficina posterior e também as duvidas que ficaram do encontro realizado, já que muitas vezes, devido ao constrangimento, existe um certo receio em realizar os questionamentos. As perguntas depositadas na caixa são respondidas no encontro subsequente e também norteiam o desenvolvimento das próximas oficinas. **Resultados:** Anterior a primeira oficina foi realizado um encontro de apresentação das propostas do projeto para os adolescentes, no qual foi possível explicar quais eram os objetivos do trabalho através de uma apresentação de slides, bem como ouvir dos participantes quais eram as suas expectativas frente a isso. De modo geral, todos mostraram-se muito receptivos e animados com o que foi exposto. Ao final deste encontro, foi proposto aos adolescentes que depositassem na caixa de perguntas quais eram suas duvidas referentes à próximo temática que seria realizada, ou seja, sobre sexualidade. Desta atividade, foram recolhidas diversas perguntas, que demostram que os adolescentes possuem muitas dúvidas em relação a temas básicos, como mudanças desenvolvidas na puberdade e a importância de métodos contraceptivos para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. A partir disso, a primeira oficina, que teve como assunto a sexualidade, foi construída pensando em temas mais simples, como também em temas mais complexos, para atender a todas as necessidades trazidas pelos

jovens. Nesta oficina, foram trabalhadas questões como a puberdade, conceito de sexualidade, em que constitui o sexo, tabus voltados ao tema sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e formas de prevenção. Os participantes demonstraram grande interesse nos temas apresentados no encontro, de forma que puderam sanar diversas duvidas que possuíam. Ao final da oficina, foi realizada ainda, uma dinâmica utilizando um jogo de tabuleiro, onde havia um caminho que devia ser percorrido com pinos, que eram movimentados segundo o resultado obtido no jogo de um dado. Em cada etapa do tabuleiro, existia uma situação-problema envolvendo os temas que haviam sido trazidos na oficina. Com isso, foi possível refletir sobre situações que envolvem os adolescentes e a sexualidade nos dias atuais. Além disso, como já realizado no encontro passado, foi pedido aos participantes que depositassem na caixa de perguntas, os seus questionamentos em relação ao próximo tema. A segunda oficina, que trabalhou com a temática de gravidez na adolescência e planejamento familiar, também foi desenvolvida com base nos questionamentos advindos dos adolescentes, que igualmente demostraram diversas dúvidas. Para esse encontro, foram trabalhados temas referentes ao conceito de gravidez, aparelho reprodutor feminino e masculino, a concepção da embrião, as formas de identificação da gravidez, bem como quais medidas devem ser tomadas nessas ocasiões, sexualidade no período da gravidez, métodos contraceptivos e por fim, o aborto, tido como um tema gerador de grandes polemicas. Nesta oficina, os participantes demonstraram-se muito atentos e questionadores quanto a vários aspectos citados. Durante a oficina, ainda, os jovens deveriam cuidar de um bebê confeccionado com balões, desenvolvendo algumas atividades quando solicitado durante o encontro. Esta dinâmica buscou mostrar a grande responsabilidade que exige o cuidado de uma criança. As demais oficinas serão realizadas ao longo dos meses restantes do projeto, sempre focadas em atender as necessidades trazidas pelos participantes. **Conclusão:** Ao final do projeto espera-se que este tenha sido importante para estimular a interação entre universidade e comunidade, agregando novos conhecimentos tanto para as acadêmicas quanto para os jovens. Foi possível perceber que vários assuntos, tidos como já entendidos, continuam despertando dúvidas nos adolescentes, o que acaba promovendo uma grande participação dos mesmos nos encontros. Muitas vezes, os próprios adolescentes acreditam que possuem conhecimento suficiente em relação a diversos temas, mas essa ideia tem-se mostrado totalmente equivocada. Neste contexto, ressalta-se a importância das ações voltadas aos adolescentes, contribuindo para a o desenvolvimento do indivíduo tanto no âmbito pessoal, como social.

**Área temática:** Educação

**Descritores:** Adolescência; Sexualidade; Violência.

**Key words:** Adolescence; Sexuality; Violence.

**Palabras clave:** Adolescencia; Sexualidad; Violencia.

**Referências:**

1 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Cadernos, Juventude e desenvolvimento, v.1. Brasília, DF, agosto, 1999.

2 Ferreira, MA; et.al.. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. Texto Contexto - Enfermagem, 2007; 16(2): 217-224.

3 Unicef. O Direito de Ser Adolescente – Oportunidade de Reduzir Vulnerabilidades e Superar Desigualdades. Brasilia - DF, 2011

4 Ministério Da Saúde. Programa Saúde do Adolescente – Bases Programáticas. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente, Brasília - DF, 1996.

5 Freitas,KR; Dias, SMZ. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. Texto Contexto - Enfermagem, 2010; 19(2): 351 – 357.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# APLICABILIDADE DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR

# APLICABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN EN CONVERGENTE TRABAJADOR DE LA SALUD

# APPLICABILITY OF RESEARCH IN CONVERGENT HEALTH CARE WORKER

LORO, Marli Maria1
FARIAS, Roberto Sobrinho2
ROSANELLI, Cleci Lourdes Schmidt Piovesan3
KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat4

1 Enfermeira. Dda em Ciências pelo programa Dinter UNIFESP/EEAN/UFSM, docente do Departamento de Ciências da Vida- DCVida da Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail:marlil@unijui.edu.br
2 Acadêmico do curso de graduação em Enfermagem da Unijui, bolsista PIBIC\UNIJUI.
3 Enfermeira. Dda em Ciências pelo programa Dinter UNIFESP/EEAN/UFSM, docente do Departamento de Ciências da Vida- DCVida da Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

**Introdução:** Desenvolver ações educativas efetivas em saúde do trabalhador constitui-se em um desafio, pois na prática vê-se que os trabalhadores, por vezes, se expõem a inúmeros e variados situações de risco na atividade profissional. Ainda, as ações educativas, muitas vezes, são rapidamente esquecidas e a rotina de trabalho prevalece. Nesse sentido, autores pontuam que serviços hospitalares são espaços que escondem riscos tanto para as pessoas quanto para o meio ambiente e, faz-se importante ser objeto de constante avaliação e controle[1]. Para tanto, é imprescindível obter maior adesão possível em relação ao uso dos dispositivos de segurança no desenvolvimento de práticas seguras e comprometimento/responsabilização dos trabalhadores com vistas a manutenção da sua saúde. Nesse processo, o método de Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) visa a articulação entre a prática assistencial ou educativa, no ambiente de trabalho e a arte investigativa e, estas devem trazer aportes que auxiliam a qualificar e melhorar a mesma prática[2]. Analisar a prática profissional sob a luz do método PCA, possibilita compreender aspectos subjetivos dos sujeitos envolvidos no processo. Ao se identificar a enfermagem como profissão do cuidado com a vida do outro e, também a do próprio indivíduo este requer interação entre pessoas e profissionais numa relação de sujeitos no processo. Para

tanto, no contexto histórico e social de evolução da saúde ocupacional os sujeitos estabelecem representações acerca dos riscos ambientais e/ou profissionais, agentes patógenos e formas de se prevenir da possibilidade de adquirir doenças do trabalho. Desse modo, a PCA permite envolver os sujeitos ativamente no processo e articular a prática profissional com o conhecimento teórico[2]. Assim, está orientada para buscar a resolução ou mesmo a minimização de problemas da prática assistencial e, quando necessário, deve instrumentalizar os sujeitos para a realização de transformação da mesma. Nesse contexto, o trabalho objetiva relatar a implementação de práticas educativas em saúde do trabalhador a partir do método PCA. **Metodologia:** Estudo integra uma das etapas de coletas de dados de uma tese de doutoramento, que utilizou a metodologia da PCA descrita por Trentine e Paim2 Participaram do estudo a equipe de enfermagem que atua na Unidade de Urgência e Emergência de um hospital porte IV, da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Um dos instrumentos utilizados para a coleta de dados foi o desenvolvimento de oficinas(intervenções) educativas, as quais foram realizadas no decorrer dos meses de maio e junho de 2013, tendo em tela os riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem em emergência e o uso das medidas de proteção no ambiente de trabalho. Foram realizadas quatro intervenções, tendo como média de duração de 1:30hs. Estudantes de enfermagem participaram destes etapa como auxiliares de pesquisa. As oficinas foram gravadas em audio-tape e, posteriormente, transcritas na integra. Aspectos éticos foram observados, e projeto de pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, mediante Parecer Consubstanciado Nº. 10879/2012. **Resultados:** Como intuído de aprofundar conhecimento acerca da realidade em estudo, bem como de estabelecer aproximação com os trabalhadores e identificar elementos do processo de trabalho que tem potencial de comprometer a saúde e integridade física dos trabalhadores, em um primeiro momento aproximei-me para a realização da observação participante, considerando que a PCA prevê à busca das informações por diversos métodos, estratégias e técnicas. Posteriormente, objetivando tecer um diagnóstico da realidade, os trabalhadores da equipe de enfermagem foram convidados, individualmente, para uma entrevista. Os resultados subsidiaram o planejamento e desenvolvimento de quatro oficinas educativas tendo como foco a segurança do trabalhador de enfermagem a partir de valores. Pelos relatos percebeu-se que a preocupação destacada pela maioria dos sujeitos foi em relação aos riscos biológicos em detrimentos dos demais. Tal entendimento pode estar relacionado ao elevado índice de acidentes de trabalho que envolve os agentes biológicos. No entanto, há de se considerar que os riscos ergonômicos, físicos, químico e de acidentes também estão presentes no cotidiano da fazer da enfermagem[3]. Outro elemento importante relatado pelos sujeitos foi em relação a baixa adesão do grupo aos dispositivos de segurança, em especial os óculos de proteção e o protetor respiratório. Cabe ressaltar, que os trabalhadores demonstram ciência da necessidade de usar todos os dispositivos de segurança e justificam o não uso por “falta de hábito”, “não saber o diagnóstico do paciente”, entre outros fatores por eles relatados. Assim, o desafio foi desenvolver uma intervenção educativa que

possibilitasse a reflexão conjunta das situações de risco no trabalho de enfermagem em emergência e mecanismos coletivos de superação. Para tanto, a modalidade de pesquisa proposta por Trentine e Paim[2] vem ao encontro, pois as autoras mencionam ser necessário estabelecer critérios para a aplicação do método que são: ter como propósito a resolução ou minimização de problemas seja eles de natureza prática ou teórica, introduzir inovações no campo de prática, envolver de forma participativa os sujeitos da pesquisa e reconhecer dados obtidos no processo de prática assistencial como dados da pesquisa. A partir desses elementos propôs-se á equipe a organização de oficinas tendo em seu bojo os riscos ocupacionais e a manutenção da saúde dos trabalhadores de enfermagem. Com vistas a responsabilização dos sujeitos foi proposto iniciar as atividades resgatando conceitos de "valores", para assim provocar a coresponsabilização dos mesmos na preservação da sua saúde e dos que o cercam. Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de um sentimento de responsabilidade do trabalhador da enfermagem com a sua segurança[1]. Para os autores o ambiente de trabalho é um espaço em que são vivenciadas experiências subjetivas e coletivas quanto maior o sentimento de pertencimento a um coletivo, maior será a preocupação em manter-se protegido dos riscos. Para tanto, estrategicamente preparou-se o material didático para o primeiro encontro e para iniciar a reflexão colocou-se no setor, dias antes, dois cartazes com a frase "Eu tenho valor". No primeiro encontro iniciamos com uma "técnica quebra gelo" com o intuito de aproximar pesquisador e estudantes com o grupo. Na sequencia provocou-se uma "tempestade cerebral" a partir da frase colocada no setor. Os trabalhadores referiram sentir-se valorizados e buscaram explicações para a colocação da frase. Percebemos que este aspecto contribuiu para iniciarmos a discussão de valores e estabelecer a relação com a segurança do trabalhador de enfermagem. O grupo demonstrou-se partícipe do processo colocando seu entendimento e sugerindo estratégias para os problemas levantados. A adesão do grupo a atividade é fundamental, na medida em que, na PCA a pesquisa, a assistência e a participação constituem a base da metodologia e, da articulação destes emerge o elemento unificador nominado convergência que implica no pensar e no fazer, articula a teoria e a prática, sendo que a participação promove a democrática ao processo[2]. Nesse contexto, cria-se a necessidade de que a pesquisa possibilite a expansão do conhecimento devendo assim, estar atrelada ao campo de prática[3]. Os encontros foram marcados pelo debate acerca das inúmeras situações de exposição que fazem parte do cotidiano da equipe de enfermagem e juntos estabeleceram-se desafios. Entre eles, a estratégia de aderir o óculos de segurança, pois justificam a baixa adesão ao fato de este não estar junto a eles no momento em que estão desenvolvendo a assistência. Assim, propôs-se seu uso adaptado a um cordão de silicone fato que estimulou diversos trabalhadores a fazer uma experiência atentando para aspectos positivos e negativos. Importante salientar que ao finalizar cada encontro os participantes receberam mensagens que estabeleceram link entre as intervenção. As mensagem foram: "Cuide bem do seu corpo. Ele é o único lugar que é obrigado a viver" (Jim Robim); "Transforme seu conhecimento em Atitude" (Marli Loro); **"**Somos livres

para escolher, mas prisioneiros das consequências." (Aldo Novak). Autores[4] pontuam que no campo da saúde, ainda que existam iniciativas de natureza ética no sentido de respeitar e valorizar a participação e autonomia do sujeito nas ações relativas ao seu bem-estar ainda há predominância do modelo de educação linear, de orientação depositária, que se ancora em um modelo escolar de dominação. Quando o trabalhador tem essa visão crítica de seu ambiente ocupacional e a orientação de como preservar sua saúde, este poderá assumir uma postura de sujeito nesse processo, e ira adequar práticas de risco com vista à preservação da sua saúde e integridade física. O processo de educação constrói-se na sociedade argumentativa, na medida em que amplia a inter-relação entre a diversidade, fortalecendo e reorganizando práticas educacionais, saberes e lutas, não somente a partir de normas consideradas cientificamente e universalmente corretas, mas a partir de interesses dos sujeitos, dos seus valores e entendimentos[5]. Nesse contexto, deve-se centrar as práticas nos interesses dos trabalhadores. **Considerações finais:** O trabalho de enfermagem, em especial, no setor de emergência é gerador de inúmeras situações de riscos e nesse âmbito faz-se necessário que o trabalhador assuma a responsabilidade com a sua segurança e sua vida. O desenvolvimento da PCA foi fundamental, pois estimulou reflexão em relação ao processo de trabalho, recolocou conhecimentos e a percepção de que sua vida e saúde são fundamentais. Assim, a adesão aos dispositivos de segurança deve partir do trabalhador não somente por ser uma exigência legal, mas para que se mantenha ativo no grupo e com saúde.

**ÁREA TEMÁTICA:** Educação

**DESCRITORES**: Equipe de enfermagem; Educação em saúde; Saúde do trabalhador.

**KEYWORDS**: Nursing team, Health education, Occupational health.

**PALABRAS CLAVE**: Grupo enfermería, Educación en Salud, Salud laboral.

**REFERÊNCIAS:**

1.Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente-assistencial. 2ª ed. Florianópolis: Insular; 2004.

2. Silva EJ, Lima MG IMA, Marziale MHP. O conceito de risco e os seus efeitos simbólicos nos acidentes com instrumentos perfurocortantes. Rev. bras. enferm. [online]. 2012; 65(5): 809-814.

3. Marziale MHP. Indicadores de la producción científica iberoamericana [editorial]. Rev Latinoam. Enfermagem. 2011 Jul-Ago; 19(4):[02 pantallas].

4. Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 315-9.

5. Freire P. Educação e Mudança. 25ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PERFIL DE DOENÇAS OCUPACIONAIS EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DO RIO GRANDE DO SUL

# PROFILE OF OCCUPATIONAL DISEASES IN PROFESSIONAL NURSING HOSPITAL OF RIO GRANDE DO SUL

# PERFIL DE ENFERMEDADES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PROFESIONAL HOSPITAL DE RIO GRANDE DO SUL

FABRIS, Juliana[1]
QUINTANA, Júlia de Moura[2]

1 Autora e relatora do trabalho. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: juliifabris@hotmail.com
2 Orientadora. Enfermeira, Mestre e Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões/RS.

**Introdução:** Este trabalho trata-se de uma nota prévia do projeto de pesquisa intitulado '*Perfil de doenças ocupacionais em profissionais de enfermagem de um hospital central do Rio Grande do Sul'***,** o qual aborda a temática acerca das doenças ocupacionais em ambiente hospitalar. O trabalho desempenha a função de agregar socialmente os indivíduos, e proporciona aos trabalhadores além de segurança, a satisfação e realização pessoal que todos almejam, auxiliando no desenvolvimento das relações interpessoais[5]. É resultante da utilização tanto da energia física quanto da energia mental, por parte do trabalhador, que é voltada de maneira direta ou indireta para produção de bens e serviços, bem como para delinear vivências, individuais e coletivas[3]. Para a sociedade, as práticas profissionais estão recobertas de certa denotação, uma vez que as pessoas sentem-se integrantes da mesma apenas quando conseguem garantir seu status social através da sua produção econômica[5]. Outra questão inerente à sociedade é de que o trabalho mostra-se como modo de inclusão na mesma, pois através dele o indivíduo encontra satisfação pessoal, realização profissional e segurança econômica, fatores que interferem subjetivamente nas relações interpessoais[5]. Em setembro de 1990, houve a criação da Lei Orgânica da Saúde (8080/90), que, em síntese, dispõe acerca da promoção, proteção e recuperação da saúde e dos seus serviços correspondentes, além da definição dos objetivos do SUS, das atribuições e competências do mesmo, juntamente com as determinadas funções das esferas de governo. Em relação ao trabalhador, a Lei 8.080 traz no Capítulo I, incluídos em seus objetivos e atribuições, o Artigo 6º parágrafo I, que menciona entre os campos de atuação do SUS a execução de

ações de saúde do trabalhador. Portanto, no âmbito do SUS, a saúde do trabalhador é assegurada através do Estado, que deve proporcionar ações que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde dos mesmos, bem como a fiscalização e controle de riscos e a articulação de programas e políticas públicas relacionadas aos trabalhadores. Todavia, o Sistema único de Saúde deliberou sobre a saúde do trabalhador apenas em 1998 por meio da Portaria nº 3.908, que estabeleceu condutas orientadoras para a implementação de ações à saúde dos trabalhadores por parte dos Estados e Municípios. Esta portaria estabelece procedimentos e ações dos serviços de saúde do trabalhador no SUS, e traz em seu anexo a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador, que traz como objetivo maior definir as atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador urbano e do rural, a ser desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. As políticas públicas preveem a criação de resoluções com a finalidade de assegurar aos trabalhadores os seus direitos, assim como estabelecer normas e regras que devem ser aplicadas legalmente a todos os trabalhadores e trabalhadoras, independentemente do serviço que prestam. Na área da Saúde, os profissionais estão frequentemente expostos a riscos diversos, que estão associados a agentes de natureza química, física, biológica, psicossocial e ergonômica. Deste modo, os assuntos relacionados ao risco e à vulnerabilidade nas práticas profissionais dos trabalhadores da saúde encontram-se cada vez mais atuais[2]. **Objetivo:** Descrever quais os principais tipos de doenças ocupacionais que acometem profissionais de enfermagem em um hospital da região central do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Trata-se de um estudo documental, descritivo de abordagem quantitativa. O campo da pesquisa compreende um hospital-escola, referência em alta e média complexidade, situado na região central do estado do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo serão os profissionais das equipes de enfermagem de todas as unidades que constituem o campo de estudo. Serão considerados, para fins deste estudo, como membros da equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Os critérios de inclusão compreendem: profissionais que possuam diagnóstico de doenças relacionadas ao trabalho ou registros de acidentes de trabalho ocorridos nesta instituição hospitalar e que estejam atuando no serviço durante o período de coleta de dados. Incluir-se-á na amostra profissionais afastados por motivos de atestado ou licença saúde. Como critérios de exclusão eleger-se-á: profissionais desvinculados do serviço no momento da coleta de dados. Entenda-se como desvinculados profissionais em férias ou em licença maternidade, uma vez que esta última não caracteriza doença. Os dados serão coletados a partir dos prontuários dos profissionais das equipes de enfermagem, os quais encontram-se arquivados na seção do Serviço de Segurança e Saúde do Trabalhador da referida instituição hospitalar. Para a coleta dos dados será utilizado um formulário construído especificamente para o estudo, o qual apresentará variáveis sócio demográficas, experiência profissional e tipologia da doença ocupacional. O preenchimento do formulário será realizado mediante a revisão das informações incluídas no prontuário. A coleta de dados

terá início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. No que tange a pesquisa documental em prontuários, não são previstos riscos de qualquer espécie aos pacientes, sendo observado e respeitado o caráter sigiloso do manuseio de informações e o anonimato dos usuários. **Resultados:** O presente resumo trata-se de uma nota prévia, tendo em vista que o trabalho encontra-se em fase de construção. Deste modo, objeitva-se que este estudo traga subsídios para a construção de discussões acerca da temática abordada, além da fundamentação teórica para profissionais e pesquisadores da área. Espera-se, além disso, auxiliar na construção de alternativas de proteção e cuidado e contribuir para as políticas de saúde na realidade local. **Conclusão:** No contexto do direito à saúde, encontra-se a Saúde do Trabalhador, onde as condições de trabalho influenciam diretamente os processos laborais e determinam em grande parte as situações de saúde/doença dos profissionais. Neste contexto, deve ser visto como problema de grande preocupação para a saúde pública, visto que está intimamente ligado ao grande índice de absenteísmo profissional, que por sua vez se relaciona às ausências devido a acidentes de trabalho e doenças ocupacionais[1]. Dentre os locais de trabalho dos profissionais de enfermagem, encontram-se as instituições hospitalares, nas quais as atividades são realizadas de forma contínua, demandando atenção constante, posições inadequadas, esforços e movimentos repetitivos; estas atividades desgastantes são as que predispõem os profissionais à riscos ocupacionais, tornando a atividade laboral um fator relevante para o desenvolvimento de adoecimentos devido ao trabalho[4].

**Área Temática:** Trabalho.

**Descritores:** Doenças Ocupacionais; Enfermagem; Saúde do Trabalhador.

**Descriptors:** Occupational Diseases; Nursing; Occupational Health.

**Palabras clave:** Enfermedades Profesionales; Enfermería, Salud Ocupacional.

**Referências**

1. BECKER SG, OLIVEIRA MLCD. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus**. Rev Lat-Am Enfermagem**; p. 109-14, 2008.

2. KOERICH MS, SOUSA FGM, SILVA CRLD, FERREIRA LAP, CARRARO TE, PIRES DEP. Biossegurança, risco e vulnerabilidade: reflexões para o processo de viver humano dos profissionais de saúde. **On-line Braz J Nurs** [Internet]. 2006.

3. LIEDKE ER. Trabalho. In Cattani AD. Dicionário crítico sobre o trabalho e tecnologia. Porto Alegre: Vozes; URRGS. P 341-46; 2002.

4. MAGNAGO, TSBS; LISBOA, MTL; GRIEP, RH; KIRCHHOF, ALC; GUIDO, LA. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, mai-jun 2010.

5. SILVA DMPP DA; MARZIALE MHP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Sci. Health Sci**., Maringá; p.191-197, 2003.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# AÇÕES DO ENFERMEIRO RESIDENTE DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

# SHARES OF NURSE RESIDENT PROGRAM IN RESIDENCE MULTIPROFESSIONAL EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE HOSPITAL

# ACCIONES DEL ENFERMERA RESIDENTE EM PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTI EM VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITAL

PREVEDELLO, Patricia Vedovato 1
Bandeira, Danieli2
Hodali, Namir Ferreira El3
Noal, Helena Carolina4
Rossato, Vergínia Medianeira Dallago5

1Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada ao Sistema Público de Saúde – Universidade Federal de Santa Maria. Email: patty_prevedello@hotmail.com
2Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada ao Sistema Público de Saúde – Universidade Federal de Santa Maria.
3Farmacêutico Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada ao Sistema Público de Saúde – Universidade Federal de Santa Maria.
4Enfermeira. Mestre em Enfermagem/PPGENF/UFSM- Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde no Hospital Universitário de Santa Maria.
5Enfermeira. Doutora em Educação e Ciências: Química da Vida e Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria.
Responsável pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria-RS.

**Introdução:** O trabalho em Equipe Multiprofissional e as Redes de Atenção e de Gestão são propostas que cada vez mais emergem na área da saúde. Em 2009 foi criado o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),[1] com o desafio de qualificar os profissionais de saúde, colaborando com os serviços de saúde, que necessitam de uma equipe com os mais diversos núcleos profissionais dando continuidade a atenção do indivíduo no processo de cuidado. Nesse enfoque, a Residência é um espaço de (trans) formação para os trabalhadores da saúde articulado como dispositivo da educação permanente, que tem como um dos princípios referenciais o trabalho em equipe interdisciplinar.[2] Esse Programa vem proporcionar o desenvolvimento dos núcleos específicos de saberes e práticas de cada

profissão na área e também o campo do cuidado, que é comum a todas as profissões da saúde.[2] Além disso, o Programa de Residência Multiprofissional da UFSM, tem como desafio vivenciar processos de integração entre diferentes níveis do sistema, uma vez que o trabalho em rede constitui a união entre diferentes tipos de serviços, dando continuidade integral ao cuidado do indivíduo. Através do sistema em rede, é possível a "articulação e interconexão de conhecimentos, tecnologias, saberes, ações e de organizações".[1] Em 2011 o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da UFSM lança a primeira turma de residentes na Área de Concentração em Vigilância em Saúde. Os campos de atividades da Residência em Vigilância em Saúde abrangem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, e o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). As atividades do Enfermeiro dentro da Vigilância em Saúde correspondem às ações na Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar, no Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) do HUSM, na Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, no Setor de Vigilância Epidemiologia, e na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), no Setor de Planejamento e Gestão. A Vigilância em Saúde tem como objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção.[3] A vigilância em saúde precisa estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de saberes e práticas da epidemiologia, da análise de situação de saúde e dos condicionantes sociais da saúde, as equipes de saúde da atenção primária podem programar e planejar ações, de maneira a organizar os serviços, aumentando o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde.[3] A Vigilância Epidemiológica abrange um conjunto de ações que envolvem o conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer alteração nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva.[4] Conforme a Portaria nº 2.529/GM de 23 de novembro de 2004, que institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, o HUSM se enquadra como hospital de referência nível II.[5] Neste sentido, as ações do enfermeiro neste ambiente compreendem em operacionalizar as competências do NVEH conforme a portaria. **Objetivos:** Descrever as ações realizadas por um Enfermeiro Residente do Programa de Residência Multiprofissional da Área de Concentração Vigilância em Saúde no Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, caracterizado como relato de experiência de um Enfermeiro Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde inserido no Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. **Resultados:** As ações do Enfermeiro Residente no NVEH do HUSM são desenvolvidas sob a ótica da proposta da Residência Multiprofissional, e são articuladas em rede integradas e por uma equipe multiprofissional. O Enfermeiro atua gerenciando o processo de trabalho desenvolvido pelo NVEH. Estas ações compreendem a busca ativa de pacientes internados ou atendidos no pronto-socorro, ambulatórios e unidades de internação para detecção de Doenças e Agravos

de Notificação Compulsória; notificação e investigação, no âmbito hospitalar das mesmas, utilizando fichas de notificação e investigação; digitação das fichas de investigação epidemiológica no Sistema de Informações de Agravos e Notificações (SINAN); divulgação das informações referentes às Doenças e Agravos de Notificação Compulsória no ambiente hospitalar; além de promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e de referência no estado; estabelecimento de fluxo com a farmácia ao receber informações de pacientes que usam medicações próprias de Doenças de Notificação Compulsória; interação com o serviço de arquivo médico para acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contida nos prontuários; realização de atividades em parceria com o Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Segurança do Paciente, participação nas Comissões de Óbitos, Setor de Imunização, entre outros. Além das ações em rede com os trabalhadores de outros núcleos profissionais do HUSM, o Enfermeiro Residente do NVEH tem um trabalho articulado com alguns serviços externos, com contato contínuo com os profissionais da Atenção básica/Saúde da família, as Secretarias Municipais de Saúde de abrangência 4ª CRS, e as coordenadorias da 4ª CRS. O Enfermeiro Residente do NVEH desenvolve as atividades em conjunto com outros profissionais de saúde, visto que o trabalho em equipe com outros profissionais da área da saúde é fundamental e necessário, pois a produção do campo emerge com uma demanda de situações em que o trabalho em equipe é essencial para garantir melhores resultados. Além de planejar ações que melhorem a saúde da população, juntamente com residentes de outras áreas, através dos dados obtidos na Vigilância Epidemiológica. Outro ponto muito forte das atividades desenvolvidas pelo residente são as tutorias e preceptorias de campo e de núcleo, no qual há trocas de saberes, experiências, ideias, e planejamento de atividades. São espaços em que os residentes, preceptores e tutores se reúnem e avaliam as atividades desenvolvidas e planejam ações a serem realizadas. **Conclusões:** Desta forma, as ações de Vigilância em Saúde constituem um modelo de atenção em saúde, o qual possui a atuação do Enfermeiro Residente como uma prática articulada as demais práticas de outros núcleos profissionais e de outros campos de atuação. A vigilância epidemiológica permite a organização, planejamento e operacionalização dos serviços de saúde, ampliando seu processo de trabalho para além do nível local, integrando os diferentes níveis do sistema de saúde. Assim, a Vigilância Epidemiológica Hospitalar permite gerar dados epidemiológicos importantes para o planejamento em ações que melhorem a qualidade da saúde da população, e o residente tem como papel utilizar esses dados em conjunto com outros residentes, da Gestão e Planejamento e da Secretaria de Saúde, para divulgar os dados e planejar ações entrelaçadas, articulando os saberes entre os profissionais de diferentes áreas para atuarem conjuntamente nos serviços de saúde.

Á**rea temática:** Trabalho.

**Descritores:** Assistência à Saúde; Vigilância Epidemiológica; Vigilância em Saúde Pública.

**Descriptors:** Delivery of Health Care; Epidemiological Surveillance; Public Health Surveillance.

**Descriptores:** Prestación de Atención de Salud; Vigilancia Epidemiológica; Vigilância em Saúde
Pública.

**REFERÊNCIAS**

1. Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. CCS/UFSM. [acesso em 2013 Ago 09]. Disponível em: http://coral.ufsm.br/residenciamulti/

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2006. 414p.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. Manual de gestão da vigilância em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2009. 80 p.

4. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

5. BRASIL. Portaria nº 2.529/GM, de 23 de novembro de 2004. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 mai. 2005.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O TRABALHO DOS ENFERMEIROS COM MULHERES DAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MENEZES, Francislene Lopes1
RABENSCHLAG, Liange Arrua 2
TONINI, Tanise Finamor Ferreira3
LAMPERT, Ariele do Nascimento4
MACHADO, Bruna Parnov5
SOARES, Rhea Silvia de Avila6
LIMA, Suzinara Beatriz Soares de7

1 Enfermeira, Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde, Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria, francislenelm@yahoo.com.br
2 Enfermeira, Especialista em Auditoria em Saúde, Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria.
3 Enfermeira, Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde, Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria.
4 Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria.
5 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria.
6 Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria.
7 Enfermeira, Pós Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Curso de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria.

**Introdução:** O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 pela Constituição Brasileira, para oferecer atendimento igualitário, cuidar e promover a saúde da população. O Sistema se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. Entre as ações mais reconhecidas do SUS estão à criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador, além de programas de vacinação em crianças e idosos em todo o país e da realização de transplantes pela rede pública. Em 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família possuindo como seus principais propósitos a família e o indivíduo, e não mais a doença, substituindo o modelo tradicional assistencialista centrado no médico. O Programa Saúde da Família (PSF) nasceu por meio de uma parceria entre Ministério da Saúde (MS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), atualmente é denominado Estratégia da Saúde da Família (ESF)[1]. O termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O Programa Saúde da Família é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização[2]. Em meio a diversas áreas de atuação do

enfermeiro, a Estratégia da Saúde da Família, revela um local de diversas dificuldades normalmente expressadas em nível institucional e outros níveis, mas também demonstra mais autonomia ao enfermeiro, visibilidade e valorização no seu trabalho. Ao pensar no trabalho em saúde, pode-se dizer que ele surge a partir do momento em que o homem procura resposta às suas necessidades de saúde. No instante, em que começa a se questionar sobre suas carências e as possíveis formas de resolvê-las, e quando, com a resposta, funda e enriquece esse tipo de trabalho com as intervenções que articula para satisfazer tais carências[3]. Os enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família devem desenvolver seu processo de trabalho, na unidade de saúde e na comunidade, junto com a equipe, supervisionando e ampliando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, realizando ações que promovam saúde, bem como assistindo às pessoas que necessitem de assistência de enfermagem, ampliando a atenção e o cuidado às famílias[4]. Nas atividades do enfermeiro na Estratégia da Saúde da Família, ele tem a oportunidade de tomar decisões com a equipe multiprofissional de saúde e com o usuário e seus familiares quanto a seus cuidados, realizar educação em saúde, orientações e prevenção. Os enfermeiros têm sido estimulados a participar no cuidado às mulheres no período reprodutivo, por meio das políticas e ações do Ministério da Saúde, as quais promovem a atenção básica e a mudança no modelo assistencial visando à humanização do pré-natal, parto e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Atenção à Saúde da Mulher é um dos principais programas da ESF, tendo como ações o pré-natal; o planejamento familiar; prevenção de câncer de colo e útero, prevenção de problemas odontológicos e levantamento de doenças bucais especialmente cáries e doenças gengivais. As políticas nacionais de atenção à Saúde da Mulher foram introduzidas nas primeiras décadas do século XX, determinando às demandas relativas à gravidez e ao parto. Em 1994, o Ministério da Saúde elabora a Política Nacional de Atenção Integral (PAISM) a qual possui o programa de "Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática". O PAISM propõe que a assistência seja prestada em todas as fases da vida, clínica ginecológica, reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como nos casos de doenças crônicas ou agudas. Reconhece a assistência como cuidado médico e de toda a equipe de saúde, priorizando práticas educativas, que compreendem a capacidade crítica e a autonomia das mulheres[5]. No ano de 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o qual promove a melhoria da atenção obstétrica e neonatal por meio da mobilização e da participação de gestores das esferas Federal, Estadual e Municipal e da sociedade civil organizada - universidades, sociedades médicas e Organizações não governamentais (ONGs) - em um amplo diálogo social que objetiva, entre outros, a promoção e o monitoramento das ações realizadas pelo Ministério da Saúde para a redução da mortalidade materna e neonatal. No ano de 2011, foi lançado pelo Ministério da Saúde, o programa nacional intitulado Rede Cegonha, que tem por objetivo prestar atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal, parto e puerpério, até os dois primeiros anos de vida da

criança. Por meio deste programa, objetiva-se implementar um modelo pioneiro de atenção à saúde da mulher e à criança, focando na atenção ao parto, nascimento e no desenvolvimento infantil até os dois anos de idade. A saúde da mulher é prioridade no contexto da gestão federal do SUS, sendo que as mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do SUS, elas buscam atendimento para si própria, mas especialmente, acompanham as crianças, companheiro e outros familiares. **Objetivos:** Este estudo tem como objetivos: conhecer o trabalho dos enfermeiros com mulheres nas Unidades de Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Maria/RS. Metodologia: **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório descritivo, cujos dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada realizada com todos os enfermeiros que trabalham nas Unidades de Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Maria/RS. As entrevistas serão gravadas, mediante o consentimento das participantes e transcritas na íntegra, para posteriormente serem analisadas segundo análise temática. Serão respeitadas todas as determinações da Resolução nº. 196/96 de pesquisa com seres humanos. **Resultados:** Ao término da pesquisa e, a partir da divulgação dos resultados, provavelmente, estes irão contribuir para a reflexão e discussão entre gestores para maiores investimentos nas unidades de Estratégia de Saúde da Família. Resultando em profissionais e acadêmicos de enfermagem que visem à promoção e prevenção de saúde com uma assistência melhor qualificada às mulheres, e implantação de novas tecnologias que aprimorem o fazer. Tendo assim, mulheres buscando o serviço e saindo mais satisfeitas com a qualidade do trabalho e atendimentos oferecidos.

**Área temática:** Trabalho**.**

**Descritores:** Enfermagem; Trabalho; Programa Saúde da Família; Mulheres.

**REFERÊNCIAS**

1.Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 1.186, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde, Brasília, DF: 1997.

2. Costa FB da, Trindade MAN, Pereira ML. A Inserção do Biomédico no Programa de Saúde da Família. Rev Eletr Nov Enf [periódico online] 2011 [capturado 2013 Jul 29]; 11(11): 27-33. Disponível em: http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoque/files/11/artigos/04.pdf

3. Lima JCF. O processo histórico do trabalho em saúde. Angélica Ferreira Fonseca e Ana keila de Barros Stauffer (Org.). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz [online] 2007 [capturado 2013 Jul 29]; 211 p. : il.; - (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a

formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 5). Coordenadora da coleção Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini. Disponível em: http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_5.pdf

4. Silva VZ, Motta MCS, Zeitone RCG. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. Rev Eletr Enf [periódico online] 2010 [capturado 2013 Jul 29]; 12(3):441-8. Disponivel em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/pdf/v12n3a04.pdf

5. Ministério da Saúde (BR). Rede Cegonha dará atendimento à mulher da gravidez até o segundo ano do bebê**.** Blog do Planalto. [online]. 2011 [acessado 2013 Jul 28]. Disponível em: http://blog.planalto.gov.br/rede-cegonha-dara-atendimento-a-mulher-da-gravidez-ate-o-segundoano-do-bebe/.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ASPECTOS FAVORÁVEIS E DESFAVORÁVEIS NO PROCESSO DE TRABALHO

# COMMUNITY HEALTH AGENTS: FAVORABLE AND UNFAVORABLE ASPECTS WORK IN PROCESS

# AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD: ASPECTOS FAVORABLES Y DESFAVORABLES OBRA EN CURSO

KNAK, Giulia Francine1
ASSUNÇÃO, Ari Nunes2
FEIL, Andréia Ivete 3
DRESCHER, Zanadréia Zaleski 4
KRUG, Suzane Beatriz Frantz5

1 Acadêmica do 9º semestre do Curso de Enfermagem, bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica – PROBIC/FAPERGS, integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde – GEPS, da Universidade de Santa cruz do Sul – UNISC. giulia.knak@outlook.com
2 Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Doutor em Filosofia da Enfermagem, enfermeiro/psicólogo, líder adjunto do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS.
3 Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem, bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica - PROBIC/FAPERGS, integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.
4 Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem, bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica - PROBIC/FAPERGS, integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.
5 Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do Mestrado em Promoção à Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Doutora em Serviço Social, enfermeira, líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS.

**Introdução:** No Brasil, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) iniciou em 1987, no estado do Ceará, como estratégia abrangente de saúde coletiva. Em parceria com as secretarias estaduais e municipais, em 1991, o Ministério da Saúde (MS) institucionalizou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.[1] Este programa surgiu com o objetivo de melhorar, através da ação do ACS, a capacidade da população em cuidar da sua saúde, por meio da transmissão de informações e conhecimentos, contribuindo para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde, fortalecendo o elo entre serviços de saúde e comunidade e ampliando o acesso à informação sobre a saúde.[2] Desta forma,

com a finalidade de estabelecer uma relação com o Sistema Único de Saúde (SUS), a profissão do Agente Comunitário de Saúde foi criada, legalmente, em 2002. Com a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o MS compreende a importância dos agentes nos serviços básicos de saúde, uma vez que o ACS representa um elemento chave na organização da assistência, integrando a equipe de saúde e se inserindo na comunidade a fim de receber as queixas e comprometendo-se em garantir a resolutividade aos usuários de acordo com as suas possibilidades, e começa a introduzir a noção de cobertura por família nos programas de saúde. [3] O processo de trabalho do agente comunitário é construído por vivências diárias com as famílias nos domicílios, ajustando as ações de diferentes modos e perfis de cuidar. A produção do cuidado apresenta uma forte relação com a intenção, as tecnologias relacionais e a liberdade do próprio trabalhador na operação do seu processo de trabalho.[4] O desconforto manifestado e o desejo expresso dos agentes comunitários, acompanhantes nas coletas de dados de um estudo anteriormente realizado pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), que contemplou profissionais de nível universitário, gestores e usuários motivou a pesquisa, objeto deste estudo, denominada "O cotidiano e as perspectivas profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul". Esta tem a perspectiva de trazer, à luz do conhecimento científico, dados relativos ao trabalho dos agentes comunitários de saúde, que configurem a trajetória do cotidiano profissional destes trabalhadores na vivência e convivência com a equipe, com os serviços de saúde e os usuários moradores da microárea de sua responsabilidade. Desta maneira, torna-se explícita a estreita relação de trabalho com os usuários e seu modo de vida em atividades de trabalho, como a visitação domiciliar, em que se estabelece vínculo entre os usuários e a equipe da ESF a que estão vinculadas. **Objetivo:** Para dar conta desta proposta, este estudo objetiva verificar os aspectos favoráveis e desfavoráveis no processo de trabalho do ACS, além de constatar necessidades de alterações em atividades de seu cotidiano. Caracteriza-se como um recorte da pesquisa acima, em um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, sendo os dados coletados no período de 2012 a 2013. Os sujeitos foram 164 ACS de Estratégias de Saúde da Família de 13 municípios de circunscrição da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, totalizando 33 equipes de ESF. A coleta de dados se deu por meio de entrevista, composto por questões semi-estruturadas, sendo essas gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Especificamente, para este estudo, foram selecionadas algumas questões deste instrumento. A análise dos dados utilizou o método de Análise de Conteúdo [(5)]. A pesquisa foi fundamentada em princípios éticos de acordo com a Resolução 196/96, Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este projeto só se tornou exequível a partir de uma apresentação prévia à Comissão Regional de Saúde (COGERE) da 13º Coordenadoria Regional de Saúde e posteriormente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob o protocolo nº 3049/11. **Resultados:** Como aspectos que

favorecem o desenvolvimento do seu trabalho, os sujeitos apontam a resolutividade dos encaminhamentos dos usuários aos serviços, a receptividade dos mesmos, o bom relacionamento com a equipe e com os usuários, as atividades de capacitação, a funcionalidade do serviço, o fato de conhecer a comunidade e gostar do que faz. Neste contexto, os ACS mencionam à construção das relações interpessoais, que são demonstrados por meio da possibilidade de discussão dos problemas cotidianos, liberdade para falar, comunicação e diálogo, atitudes de respeito, linguagem comum, disposição para aprender, corresponsabilização e união entre os integrantes da equipe de saúde.[3] Dentre os aspectos desfavoráveis, enfatizam os fatores climáticos, a falta de entendimento e aceitação por parte de alguns usuários em relação às orientações de saúde, a dificuldade no deslocamento para a realização das visitas domiciliares, haja vista que os municípios, em sua maioria, não oferecem meios ou recursos para este fim, estas e outras carências de resolutividade dos problemas dos usuários por parte da equipe de saúde e a insuficiência de capacitações. Constatou-se ainda que alguns ACS não reconhecem dificuldades para exercerem suas atividades ou não sabem defini-las. Sendo assim, a dificuldade de os profissionais em visualizarem a totalidade das ações, compromete o trabalho em equipe, gerando sua fragmentação em relação ao projeto assistencial comum.[3] Entretanto, evidencia-se que dentre as mudanças sugeridas para o melhor desempenho no trabalho, alguns sujeitos destacam o aumento do número de capacitações, a resolutividade das necessidades dos usuários, a ampliação das suas atribuições, o acréscimo no salário, a disponibilidade de materiais e equipamentos para que possam desempenhar de forma coerente e adequada o seu trabalho, com menor cobertura do número de famílias por ACS. A maioria dos sujeitos, apesar de referir dificuldades, não acha necessário que ocorra qualquer tipo de modificações no seu processo de trabalho. **Conclusões:** Diante dos resultados apresentados, evidenciam-se os diferentes tipos de situações que se apresentam no desenvolvimento do processo de trabalho do agente comunitário de saúde. No que se referem aos aspectos favoráveis, os agentes comunitários, por viverem e trabalharem numa comunidade circunscrita pela microárea da assistência é visível à facilidade com que se relacionam e tem domínio sobre as condições de saúde e de vida de cada família. Este é um processo que é construído com a continuidade do ACS em sua trajetória de trabalho. Por outro lado, estes mesmos fatores tornam-se negativos considerando-se que as dificuldades e diferenças nas relações poderão repercutir em problemas para o exercício do trabalho. Assim, qualquer avaliação que seja feito neste sentido, é sempre pertinente relativizar antes de uma afirmação cabal. Dentre os achados no discurso dos ACSs, constatamos que é significativo o desejo de exercerem atividades que são de competência de outros profissionais, existe também a ideia de que o número de famílias atendidas seja diminuído, assim como, uma melhor remuneração pelo trabalho. Isto posto nos encaminha para uma reflexão sobre a necessidade de se realizar estudos diagnósticos em que estejam contempladas as várias situações no processo de trabalho do agente comunitário. Desta maneira, consideramos este estudo um fomento para novas investigações e, portanto, um

alerta para os gestores públicos repensar e ressignificar as atividades do agente comunitário e definir para estes trabalhadores deveres e limites da sua atividade.

**Área temática:** Trabalho.

**Descritores:** Agentes Comunitários de Saúde; Trabalho; Saúde Pública; Pesquisa.

**Descriptors:** Community Health Workers; Work; Public Health; Research.

**Descriptores:** Agentes Comunitarios de Salud; Trabajo; Salud Pública; Investigación.

**REFERÊNCIAS**

1Barros DF. Barbieri AR, Ivo ML, Silva MG. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. Texto contexto - enferm. Florianópolis [periódico na Internet]. 2010 [acessado em 2013 Jul 17]; 19(1): 78-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000100009&script=sci_arttext

2Nascimento CMB. Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife.[monografia de especialização]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2005. 25p.

3Peres, CRFB, Caldas Junior, AL.; Silva RF, Marin MJS. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. Rev. esc. enferm. USP. [periódico Internet] 2011 [acessado em: 2013 Jul 17]; 45(4): 905-911. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a16.pdf

4Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. Cad. Saúde Pública [periódico Internet]. 2009 [acessado em: 2013 Jul 17]; 25(4): 898-906.

5Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.

# TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UM ESTUDO EM MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL

# WORK OF COMMUNITY HEALTH AGENTS: A STUDY IN THE MUNICIPALITIES OF RIO GRANDE DO SUL

# TRABAJO DE AGENTES DE SALUD COMUNITARIOS: UN ESTUDIO EN LOS MUNICIPIOS DE RIO GRANDE DO SUL

FEIL, Andréia Ivete1
DRESCHER, Zanandréia Zaleski2
KNAK, Giulia Francine 3
ASSUNÇÃO, Ari Nunes 4
WEIGELT, Leni Dias 5
KRUG, Suzane Beatriz Frantz6

1 Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem, bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica - PROBIC/FAPERGS, integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. andreia.feil@hotmail.com
2 Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem, bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica - PROBIC/FAPERGS, integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.
3 Acadêmica do 9º semestre do Curso de Enfermagem, bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica - PROBIC/FAPERGS, integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.
4 Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Doutor em Filosofia da Enfermagem, enfermeiro/psicólogo, líder adjunto do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS,
5 Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Doutora em Desenvolvimento Regional, enfermeira, integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS.
6 Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do Mestrado em Promoção à Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Doutora em Serviço Social, enfermeira, líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS.

**Introdução:** A inserção dos Agentes Comunitários da Saúde (ACSs) nas Equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) objetivou a soma de ações de promoção à saúde, de maneira a complementar às dos demais membros da equipe. A Portaria nº 1.886/1997 do Ministério de Saúde aprovou as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário de

Saúde e do Programa de Saúde da Família e, em 2002, pela Lei n° 10.507/2002 foi regulamentada a atividade profissional deste trabalhador, que faz parte da comunidade e que trabalha para ela e com ela, dedicando-se e atuando de forma que consiga melhorar as condições de saúde da população a que pertence [1]. Partindo deste pressuposto, no que se refere às atribuições e competências, o ACS assume um papel significativo no estabelecimento de vínculo das relações entre as equipes com os usuários, buscando informações que possam contribuir para o desenvolvimento de atividades que visem à promoção e a prevenção da saúde. Além disso, auxilia no planejamento e na avaliação das ações em saúde com a equipe, monitorização dos riscos ambientais, sanitários, de grupos específicos e de morbidades [2], tendo em vista, a relevância da compreensão desses aspectos por parte de todos os integrantes da equipe de saúde, bem como por parte da comunidade. Neste contexto, o presente estudo remete ao trabalho dos ACS alocados em ESFs nos municípios de abrangência da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS (13ª CRS – RS), no que se refere as suas atividades laborais, visto a importância de seu papel nas equipes que desenvolvem a atenção à saúde de suas comunidades adscritas. **Objetivo:** Desta forma, este estudo objetivou identificar as atividades de trabalho desenvolvidas pelos ACS junto à unidade de saúde, à equipe e aos usuários nos ESFs da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS. **Metodologia:** Trata-se de um recorte da pesquisa intitulada "O cotidiano e as perspectivas profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul", desenvolvida por bolsistas e pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde - GEPS, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Metodologicamente, seguiu a trajetória quantitativa, sendo os dados coletados no período de 2012 a 2013, por meio de questionário. Especificamente para este estudo foram selecionadas questões deste instrumento que se referem às atividades desenvolvidas no espaço físico do ESF, com a equipe de saúde e com os usuários. A totalidade de sujeitos da pesquisa foi de 164 ACS, representando 82% do quantitativo de aproximadamente 200 ACS dos ESFs dos 13 municípios de abrangência da 13ª CRS-RS, sendo estes: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pântano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale verde, Vale do Sol, Venâncio Aires e Vera Cruz, envolvendo 33 equipes de ESFs e uma população total em torno de 327.158 habitantes. Os dados foram analisados em estratificações numéricas utilizando *Microsoft Excel 2010* sendo apresentados e descritos em valores relativos e absolutos. No momento da coleta de dados foi entregue ao sujeito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cumprindo os preceitos éticos da Resolução n° 196/96. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC sob protocolo nº 3049/11. **Resultados:** Constatou-se que as atividades mais realizadas pelos ACS no espaço físico dos ESFs são as reuniões, representando 29%; organização e atualização de materiais, 23%; cadastros das famílias 16%; grupos educativos 13%; atividades relacionadas à recepção com 10% e marcação de consultas com 9%. No que se refere às atividades desenvolvidas com a equipe de saúde do ESF, os sujeitos apontaram que as reuniões e as discussões de casos são as que mais envolvem esta

interação, com 36% das respostas; grupos educativos, 33%; atividades assistenciais e visitas domiciliares (VD), 12% e capacitações, representam 7%. Quanto às práticas dos ACSs nas unidades básicas de saúde junto aos ESFs, é possível identificar uma gama de atividades desenvolvidas que combinam com o desígnio da incorporação desse profissional às equipes de referência: VD, participação em grupos educativos, vigilância epidemiológica, dentre outros. Por outro lado, desempenham também atividades administrativas que não são relacionadas ao seu núcleo de conhecimento, sendo estas funções efetivadas por deficiência de recursos humanos e por desconhecimento da função desse profissional por parte dos outros profissionais da equipe[3]. Em relação às ações desenvolvidas com os usuários, os ACS assinalaram as atividades desenvolvidas com os grupos educativos 31%; seguido das VD, 29%; orientações de saúde 28%; e com 6% das respostas, os sujeitos informaram os acompanhamentos/controles de saúde e atividades educativas/preventivas. Diante dos resultados obtidos através da pesquisa, foi possível constatar que muitas das atividades desempenhadas pelos ACS se enquadram nas atribuições definidas pelo Ministério da Saúde (MS), encontradas no manual da Política Nacional de Atenção Básica de 2012 [4], estando focadas no conhecimento dos indivíduos e das famílias da sua micro-área de atuação, colaborando para o desenvolvimento de intervenções para prevenção de agravos, antecedendo a eles, devido ao levantamento dos problemas de saúde e de situações de risco. Foi possível perceber também que estes ACS permanecem por um período considerável de seu trabalho em atividades de secretaria na unidade de saúde, em tarefas como organização e atualização de materiais, atividades relacionadas à recepção e marcação de consultas, representando 42% das atividades desenvolvidas por eles na unidade de ESF. Essas situações de trabalho acabam contribuindo para a compreensão, por parte dos ACS, como sendo estas atribuições de sua responsabilidade, em detrimento da priorização das ações de visitação domiciliar e acompanhamento das situações de saúde e de vulnerabilidade das famílias. Partindo deste pressuposto, foi possível perceber que os ACS podem ainda desenvolver diversas outras ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e implementar, com mais ênfase, algumas já por eles desenvolvidas junto à equipe e aos usuários. **Conclusão:** Conforme os dados obtidos verificou-se que as ações desenvolvidas pelos ACS dos ESFs da região de abrangência da 13ª CRS/RS baseiam-se, com grande ênfase, em atividades de secretaria na unidade de saúde e atendimento aos usuários. Esse contexto os torna, de certa forma, em muitas situações de trabalho, protagonistas das ações realizadas e, em outras, participantes das mesmas. Nesta realidade de estudo, assim como em outras, sua inserção nas equipes de saúde e nas comunidades do estudo foi planejada pensando na sua atuação como forma de vínculo e relação entre ambas, primando pela qualidade de vida de sua comunidade, servindo como instrumento para detecção e aperfeiçoamento de situações de saúde/doença que possam apresentar-se diante da comunidade e do serviço de saúde, para que, dessa forma, sejam elaboradas estratégias que contemplem tais situações.

**Área temática:** Trabalho

**Descritores:** Agentes Comunitários de Saúde; Trabalho; Saúde da Família.

**Descriptors:** Community Health Workers; Work; Family Health;

**Descriptores:** Agentes Comunitarios de Salud; Trabajo; Salud de la Familia;

**REFERÊNCIAS**

1 Costa MC, Silva EB, Jahn AC, Resta DG, Colom ICS, Carli R. Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: Possibilidades e Limites. RGE. [periódico na Internet]. 2012 [acessado em 2013 Jul 16]. 33(3): [aproximadamente 7p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000300018&script=sci_arttext

2 Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [internet] 2006 [acessado em 2013 Jul.16]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm

3 Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. CSP. [periódico na Intenet] 2008 [acessado em 2013 Jul 22]. 24(6): [aproximadamente 10p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600011

4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

# CARACTERIZAÇÃO DAS PRODUÇÕES EM PESQUISA DE ENFERMAGEM ACERCA DA PROBLEMÁTICA DOS AGROTÓXICOS

# CHARACTERIZATION OF PRODUCTIONS IN NURSING RESEARCH ABOUT THE PROBLEM OF PESTICIDES

# CARACTERIZACIÓN DE PRODUCCIONES DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA SOBRE EL PROBLEMA DE PLAGUICIDAS

VIERO, Cibelle Mello1
CAMPONOGARA, Silviamar2

1 Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, cibellemelloviero@gmail.com.
2 Enfermeira, Doutora em enfermagem, Professora Adjunto da Universidade Federal de Santa Maria.

**Introdução:** Na atualidade, enfrentamos sérios desafios, dentre os quais, a complexidade da problemática ambiental que demanda da sociedade um agir ambientalmente responsável, tendo em vista o acelerado processo de destruição ambiental que vivenciamos e as ameaças à sobrevivência do planeta e da humanidade. A exemplo disso, o uso de agrotóxicos é um tema que vem despertando atenção crescente, tendo em vista suas consequências para a saúde humana, causados pelo seu uso crescente e, às vezes, inadequado. Nesse sentido, o Brasil ocupa, atualmente, o lugar de maior consumidor de agrotóxicos no mundo, devido ao nosso atual modelo de desenvolvimento econômico, agroexportador. Diante disso, os impactos à saúde da população são amplos, atingindo principalmente os trabalhadores rurais, que tem contato direto com os agrotóxicos[1]. Os agrotóxicos estão entre os fatores de risco mais relevantes para a saúde da população, especialmente para a saúde dos trabalhadores expostos e para o meio ambiente[2]. Nessa perspectiva, os agrotóxicos são substâncias químicas que geram uma série de efeitos nocivos à saúde humana. De acordo com a classe química a que esses produtos pertencem e o tipo de exposição, podem causar desde afecções como dermatites até alguns tipos de doenças mais graves como o câncer3. Por isso, a enfermagem precisa mobilizar-se para enfrentar esta situação e buscar saídas para reduzir ou eliminar a contaminação dos trabalhadores no campo pelos agrotóxicos. A relevância desse estudo concentra-se na necessidade de aprofundar o que se tem produzido na área sobre a questão da saúde do trabalhador rural e agrotóxicos. Desse modo, a questão norteadora desta pesquisa foi: Qual a caracterização das produções em pesquisa de enfermagem do Brasil acerca da problemática dos agrotóxicos e a saúde do trabalhador.

**Objetivo:** Objetivou-se caracterizar as produções em pesquisa de enfermagem do Brasil sobre a problemática dos agrotóxicos e a saúde do trabalhador. **Metodologia:** Estudo de revisão narrativa, descritivo. Esse tipo de revisão é utilizado para descrever e discutir determinadas temáticas, pautando-se nas publicações impressas ou eletrônicas, diante da interpretação e análise crítica dos autores4. A busca desses documentos foi realizada no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES). A coleta de dados ocorreu em maio de 2013. No formulário de pesquisa da CAPES, utilizaram-se, separadamente, as palavras-chave "Saúde" e "Agrotóxicos". Realizou-se a busca sem delimitar um recorte temporal, a fim de alcançar um maior número de produções existentes sobre a temática. Foram encontrados, na CAPES, no total 418 documentos com a palavras-chave "Saúde" e "Agrotóxicos". A seleção ocorreu por meio da leitura dos títulos e resumos das teses e dissertações. Dessa forma, para selecionar, inicialmente, as produções, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: ser da temática dos agrotóxicos e que envolvesse a saúde dos trabalhadores rurais e pesquisas realizadas por profissionais de saúde. Foram excluídos todos os que não atenderam aos critérios de inclusão, restando um total de 62 documentos. Dessas, 26 publicações abordavam, de uma forma geral, os impactos do agrotóxico para a saúde da população rural; 13 publicações tinham relação com os riscos do uso de agrotóxicos; 18 publicações tratavam especificamente sobre intoxicações oriundas pelo contato com os agrotóxicos e, cinco publicações eram pesquisas realizadas por enfermeiros. Para composição desse resumo, foram utilizadas somente as pesquisas desenvolvidas por enfermeiros. Assim, o *corpus* de análise contou com cinco publicações. Cabe salientar que, quando colocado no formulário de pesquisa da CAPES as palavras-chave "Enfermagem" e "Agrotóxicos" apareceram somente dois documentos, e um deles abordava aspectos do paciente parkinsoniano, porém entendeu-se que seria necessário ampliar a busca para melhor abrangência da temática. **Resultados:** A seguir, apresentam-se as referências das pesquisas que compõe esse estudo: D1- MARTINS, L. M. **O cuidado da equipe de estratégia de Saúde da família a trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Maria-RS, 2012. D2- DIAS, P. C. **Perfil epidemiológico das intoxicações por agrotóxicos em Minas Gerais, 2007 - 2010.** Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde. Uberaba-MG, 2012. D3- SEVERO, L. O. **Relação saúde, ambiente e trabalho de produtores rurais com produtores rurais com propriedades de pequeno porte.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em enfermagem. Rio Grande - RS, 2012. D4- BURIOLA, A. A.: **Vulnerabilidade de famílias de agricultores convivendo com Hexaclorociclohexano - BHC: um desafio para o cuidado à saúde.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Maringá - PR, 2009. D5- PINHEIRO, N. L. **Avaliação de intoxicação por**

**organofosforados em trabalhadores rurais do cultivo do tomateiro (Lycopersicum esculentum Mill.), na região de Caratinga, MG.** Dissertação (Mestrado Profissional) - Centro Universitário de Caratinga, Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade. Caratinga- MG, 2008. A análise qualitativa foi realizada com a leitura dos documentos na íntegra. Estes foram localizados por meio do buscador Google. De modo a auxiliar na análise, utilizou-se uma ficha de extração de dados das variáveis, contendo os resultados e conclusões/recomendações relacionados ao objeto do estudo. A análise desses dados ocorreu por meio da análise temática5, a qual se constitui de três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Essa análise permitiu a inferência do surgimento de algumas temáticas comuns nos estudos, possibilitando a elaboração de duas categorias: Implicações do uso de agrotóxicos na saúde do trabalhador rural e Necessidade de ações educativas de enfermagem para com o trabalhor rural. Na categoria Implicações do uso de agrotóxicos na saúde do trabalhador rural estão descritos os inúmeros efeitos negativos advindos do uso indiscriminado de agrotóxicos na atividade agrícola. Os estudos fazem referência aos perigos da falta de manejo adequado dessas substâncias (falta de equipamentos de proteção individual e local de armazenamento inadequado) e das problemas de saúde advindosD1-D5. E embora os agricultores estejam cientes, parcialmente, sobre os riscos advindos de sua práticaD3,D4, isso parece não ser suficiente para estabelecer rotinas de trabalho mais segurasD1,D4. Em contra partida, outro estudoD1 comprova a falta de conhecimento relacionado aos agrotóxicos no que tange aos riscos agregados do uso e efeitos tóxicos. Isso se soma ao baixo nível socioeconômico e de escolaridade, o que dificulta a compreensão das informações contidas em rótulos dessas substânciasD1,D5 implicando assim uma potencialização na exposição aos efeitos nocivos. Outro fator relevante nas pesquisasD1,D2,D5 concerne as intoxicações relacionadas à utilização de agrotóxicos na atividade agrícola. Um preocupação se refere a subnotificação aos órgãos competentes, pois tornam os números oficiais muito aquém dos reaisD1,D2,D5. Isso se deve por que as equipes de saúde, em sua maioria, não estão preparadas para realizar o diagnóstico das intoxicações agudas, nem para relacionar problemas de saúde como efeitos de intoxicações crônicas por existir a falta de associação entre o uso dos agrotóxicos e a sintomatologia apresentada, o que impede maior aprofundamento na investigação dos casosD1,D2. Nesse sentido, a utilização dos agrotóxicos é algo que acarreta prejuízos à saúde e conhecer o trabalhador rural, seu ambiente laboral e o processo de produção agrícola é pertinente no intuito de buscar estratégias para melhor atender as especificidades dessa população. Assim sendo, outra categoria emergida foi sobre Necessidade de ações educativas de enfermagem para com o trabalhador rural. A prática educativa aparece na totalidade dos estudos como uma forma de minimizar os riscos advindos do uso dos agrotóxicosD1-D5. Os enfermeiros podem fomentar ações de cuidado a saúde dos trabalhadores que tem dificuldade de acesso a informação, mediante atenção e orientações relativas aos riscos para mudança de hábitos que promoverão na saúde, ambiente e trabalho, propiciando o bem-estar dos seres

humanosD1,D3. Para isso é importante o enfermeiro possuir conhecimento sobre riscos e segurança à saúde do trabalhador constituindo-se subsídio para desenvolvimento da produção de saúde com grupos de trabalhadores rurais, por meio da educação em saúde socioambientalD3. Isso deve ser uma atividade contínua na atuação profissional, e a esses, além das orientações, é importante compreender o contexto econômico dos trabalhadores rurais para a aquisição de conhecimento, bem como o nível de entendimento destes quanto a utilização adequada dos EPIsD1. Em vista disso, é emergente que a enfermagem invista em ações de promoção da saúde, por meio da educação em saúde aos trabalhadores rurais, e que os profissionais de saúde de maneira articulada estejam capacitados a identificar os casos de intoxicação por agrotóxicosD1 com vistas a otimizar o cuidado em saúde dessa clientela. **Conclusões:** Em suma, tornam-se pertinentes reflexões que possam auxiliar a construir novos caminhos para um cuidado de enfermagem compatível com as necessidades de saúde desses trabalhadores expostos aos efeitos nocivos dos agrotóxicos. Portanto, compreender em profundidade os riscos a que esses trabalhadores rurais estão expostos frente ao uso de agrotóxicos e sua realidade de prática laboral é fundamental para prevenção acidentes, redução doenças decorrentes do trabalho e desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde, com uma prática agrícola sustentável.

Á**rea temática:** Trabalho

**Descritores**: Enfermagem; Saúde da População Rural; Praguicidas.

**REFERÊNCIAS**

1. Carneiro FF et al. Dossiê ABRASCO –Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. 1. Parte. ABRASCO, Rio de Janeiro; 2012.

2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Dados e Indicadores Selecionados: II Informe Unificado das Informações sobre Agrotóxicos Existentes no SUS. Edição Especial**.** Brasília; 2008.

3. Peres F, Moreira JC. Saúde e ambiente em sua relação com o consumo de agrotóxicos em um pólo agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(4): 612-21.

4. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. [Editorial]. Acta Paul. Enferm. 2007; 20(2): v-vi.

5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec: 2010.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# CRONOTIPO E SEGURANÇA DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM

## CHRONOTYPE WORKER SAFETY AND NURSING

## CRONOTIPO SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES Y DE ENFERMERÍA

Silva, Rosângela Marion da1
Zeitoune, Regina Célia Gollner2
Beck, Carmem Lúcia Colomé3
Sangoi, Thais Picolin4
Freitas, Natiellen Quatrin5

1Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria, Doutoranda em Ciências Dinter UNIFESP-UFRJ/EEAN-UFSM, e-mail: cucasma@terra.com.br
2Orientador, Enfermeira, Professor Titular do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro.
3Co-Orientador, Enfermeira, Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
4 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem PPGENf-UFSM.
5 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem PPGENf-UFSM.

**Introdução:** Cronotipo é definido como as predileções de uma pessoa em relação a seu horário de sono e de atividade. É influenciado por fatores como idade, tempo de exposição à luz, horário de trabalho, entre outros. Assim, se um indivíduo conhecer seu cronotipo e os horários pertinentes e mais adequados para trabalhar, poderá distribuir tarefas diárias em favor da produtividade e qualidade de vida. Em 1976, Horne e Östberg [(1)] construiram um instrumento de identificação do cronotipo, o Questionário de Matutinidade/Vespertinidade (QMV), composto por 19 questões de múltipla escolha que envolvem as principais atividades desenvolvidas pelo indivíduo ao longo do dia, sendo que as respostas refletem o horário de preferência para executar as atividades do cotidiano. Os resultados desse questionário permitem classificar os indivíduos de acordo com três cronotipos e suas subdivisões: matutinos, que podem ser matutino extremo ou moderado (aqueles que preferem dormir cedo, em torno das 21 ou 22 horas, e preferem acordar cedo, em torno da 6 horas, sem dificuldade); indiferente; e vespertino, que podem ser extremo ou moderado (aqueles que preferem dormir e acordar tarde, em torno de 1 hora da manhã e das 10 horas, respectivamente). Os matutinos têm um bom desempenho físico e mental pela manhã, enquanto que os vespertinos apresentam melhor disposição no período da tarde e início da noite. [(2)] Os do tipo indiferente podem apresentar características dos cronotipos matutino ou vespertino e sua disposição no horário de acordar e dormir são variáveis. Este estudo

refere-se a dados parciais do projeto de tese do doutorado interinstitucional DINTER UNIFESP- EEAN/UFRJ -UFSM. **Objetivo:** identificar associação entre cronotipo e acidente de trabalho em trabalhadores de enfermagem. **Método:** Estudo transversal, de natureza quantitativa, realizado em uma Unidade de Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário localizado no Rio Grande do Sul. Definiu-se como critérios de inclusão: ser trabalhador de enfermagem, ter no mínimo um ano de trabalho na enfermagem e realizar atividade assistencial. Foram excluídos aqueles em licença de qualquer natureza, afastamento ou férias. A população do estudo foi de 49 trabalhadores de enfermagem, dos quais permaneceram 47 após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CAAE 02505512.4.00005505). Os profissionais foram abordados no ambiente de trabalho, esclarecidos e convidados a participar da pesquisa. Após esclarecimento sobre o objetivo da pesquisa, os sueitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam o questionário, sendo agendada uma data para a sua devolução. Não houve recusas ou perdas. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário autoaplicado com questões fechadas, que avaliou aspectos sociodemográficos e laborais, e o Questionário de Matutinidade/Vespertinidade para identificação do Cronotipo. O QMV foi traduzido, adaptado para o português e aplicado à população brasileira. [3] Os aspectos avaliados por esse questionário permitem identificar a tendência à matutinidade e vespertinidade. Para este estudo, adotou-se como decisão metodológica chamar de "concordantes" os indivíduos matutinos que atuavam no turno da manhã; "discordantes" os indivíduos matutinos que atuavam no turno da tarde ou noite bem como os vespertinos alocados no turno da manhã ou moite. Possuir cronotipo discordante ao turno de trabalho pode implicar em maiores alterações na saúde física e mental do trabalhador. Os resultados do questionário podem atingir escores de 16 a 41 pontos (cronotipo vespertino), de 42 a 58 (cronotipo indiferente) e de 59 a 86 (cronotipo matutino). Os dados foram tabulados em uma planilha eletrônica e analisados estatisticamente com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences*®18. Foram utilizados testes não paramétricos para as variáveis idade e tempo. A consistência interna do QMV foi avaliada pelo coeficiente alpha de Cronbach (0,86). **Resultados e discussão:** Entre os 47 trabalhadores de enfermagem, destacam-se 27,7% (n=13) auxiliares de enfermagem, 53,2% (n=25) técnicos de enfermagem e 19,1% (n=9) enfermeiros. Sobre a caracterização sociodemográfica, observou-se a predominância de mulheres (89,4%, n=42), com filhos (68,1%, n=32), com companheiro (66%, n=31). A média de idade dos auxiliares de enfermagem é de 47,7 anos (±6), dos técnicos de enfermagem é de 36,8 anos (±8,33) e dos enfermeiros é de 40,32 anos (±6,91). O tempo de trabalho na unidade é, em média, 19 anos para auxiliares de enfermagem, 5 anos para técnicos de enfermagem e 8 anos para enfermeiros. Foi identificada diferença estatística significativa na variável tempo de trabalho entre os auxiliares e os técnicos de enfermagem ($p<0,05$). Em relação aos dados laborais, observa-se predominancia de atuaçao no turno noturno ( 48,9%, n=23), que optou pelo turno de

trabalho (76,6%, n=36), que não tem outro emprego (83%, n=39) e são trabalhadores satisfeitos com o trabalho (93,6%, n=44). Sobre o envolvimento com acidentes de trabalho 63,8%(n=30) responderam afirmativamente. Sobre o cronotipo, foram identificados 34% (n=16) do tipo indiferente, 19,1%(n=9) com cronotipo vespertino e 46,9% (n=22) com cronotipo matutino. Sobre a concordância ou discordância, identificou-se que os indivíduos que atuavam no tuno da manhã (100%, n=11) todos estavam concordantes com o turno de trabalho (cronotipo matutino), entre os trabalhadores do turno da tarde(100%, n=13), identificou-se 30,77% (n=4) discordantes ao turno de trabalho (cronotipo matutino) e dentre aqueles que atuavam no turno da noite (100%, n=23), 30,44% (n=7) estavam discordantes com o turno de trabalho (cronotipo matutino). Foi encontrada diferença estatística significativa entre o cronotipo e o turno de trabalho (p=0,001). Os resultados mostram que os trabalhadores de enfermagem da instituição pesquisada podem estar apresentando alteração na saúde em decorrênciada discordância ao turno de trabalho, o que pode estar relacionado à ocorrência de acidentes de trabalho. No entanto, os resultados desse estudo não confirmaram associação entre o cronotipo e a ocorrência de acidente de trabalho nos trabalhadores investigados. Há de se considerar, nesse contexto, que o cotidiano do trabalho hospitalar envolve múltiplos fatores que podem contribuir para a ocorrência de acidentes de trabalho, como a sobrecarga de trabalho, o cansaço físico e mental, a realização de práticas não seguras entre outros que podem comprometer a saúde dos trabalhadores e que não foram investigados, o que se constitui em limitação desse estudo. É fato que o impacto da dimensão de matutinidade/vespertinidade pode interferir na saúde do indivíduo[4], pois cada indivíduo possui uma disposição maior em determinado período do dia. **Conclusão:** Entende-se que determinar que um trabalhador atue em um turno diferente do seu cronotipo é não admitir a existência de um mecanismo interno e individual que regula as alterações no organismo de forma sincronizada. Isso pode implicar em reflexos na saúde do trabalhador, muitas vezes imperceptíveis, mas que podem ser percebidos no decorrer do tempo. Portanto, faz-se necessário sensibilizar os gestores para a importância de identificação do cronotipo dos trabalhadores de forma a contribuir para a qualidade de vida e segurança do trabalhador no exercício da sua atividade laboral.

**Área Temática:** Trabalho

**Descritores:** Enfermagem; Ritmo Biológico; Trabalho em turnos.

**REFERÊNCIAS**

1 Horne JA, Osteberg O. A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. Int J Chronobiol. 1976; 4(2) 97-110.

2 De Martino MMF, Ling SY. Características cronobiológicas de um grupo de alunos universitários de enfermagem. Revista Ciência Médica. 2004; 13(1): 43-49.

3 Benedito-Silva AA, Menna-Barreto L, Tenreiro S. Self-assessment questionnaire for the determination of morningness-eveningness types in Brazil. Prog Clin Biol Res. 1990; 314(sn): 89-98.

4 Schneider MLM. Estudo do cronotipo em estudantes universitários de turno integral e sua influencia na qualidade do sono, sonolência diurna e no humor. 2009 [Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre.

# UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO SF-36 PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS TRABALHADORES: REVISÃO INTEGRATIVA1

# USING THE SF-36 INSTRUMENT FOR ASSESSING THE QUALITY OF LIFE OF WORKERS: REVIEW INTEGRATIVA

# UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO SF-36 PARA AVALIAÇAO DA QUALIDADE DE VIDA DE LOS TRABAJADORES: REVISAO INTEGRATIVA

LUZ, Emanuelli Mancio Ferreira da 2
CERON, Marinez Diniz da Silva3
BELTRAME, Marlize Tatsch4
FRUET, Isolina Maria Alberto5
MARCHEZAN, Antônio Carlos Junior6
PEDRO, Cecilia Mariane7
MARCONATO, Cintia da Silva8
MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza9

1 Revisão integrativa da literatura. Produção elaborada como requisito parcial de avaliação da Disciplina: Prática Baseada em Evidência, do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

2 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da UFSM (PPGEnf/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Email: emanuelli_ferreira@hotmail.com
3Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da UFSM (PPGEnf/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. Email: marinezdceron@hotmail.com
4Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM (PPGEnf/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. Email:m-beltrame@bol.com.br
5 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. (HUSM/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. Email: isolina_chuca@yahoo.com.br
6 Enfermeiro na Irmandade da Santa Casa de Caridade de Alegrete. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil Email: antonio_marqzan@yahoo.com.br
7 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista Iniciação Científica PIBIC/UFSM/CNPq. Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
8 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. (HUSM/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. Email:cintiamarconato@gmail.com
9 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Email: tmagnago@terra.com.br.

**INTRODUÇÃO:** Sabe-se que o trabalhador, independente da área ou setor em que atua, sofre, em sua saúde, as repercussões das mudanças advindas da globalização, devido a tentar acompanhá-las[1]. Isso ocorre porque tais mudanças proporcionam a competitividade, visam ao lucro e exigem produção em menor prazo possível, comprometendo a qualidade de vida desses indivíduos[1]. Porém, não se pode exigir qualidade e produtividade de produtos e serviços, sem valorizar a importância de proporcionar qualidade de vida (QV) aos trabalhadores envolvidos[2]. De acordo com a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador são considerados trabalhadores, homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Salienta-se que também são considerados trabalhadores os que exercem atividades não remuneradas, como o aprendiz ou estagiário, e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego[3]. Sabe-se que a QV é buscada, incessantemente, pelos indivíduos que realizam diversas mudanças no seu cotidiano para ter uma vida melhor[4]. Nesse contexto, torna-se difícil defini-la, devido a sua conotação subjetiva, complexa e multidimensional. Em busca dessa definição, a Organização Mundial de Saúde considera, genericamente, como o que o indivíduo percebe sobre sua posição na vida, no contexto cultural e nos sistemas de valores nos quais se encontra inserido e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações[5]. A avaliação da QV é realizada, basicamente, pela administração de instrumentos ou questionários. Para esse fim, a OMS elaborou os seguintes questionários: *World Health Organization Quality of Life-100* (WHOQOL-100), *World Health Organization Quality of Life-bref* (WHOQOL-bref) e SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*). Este último com maior aplicabilidade no contexto laboral, devido ser de fácil administração e compreensão, além de ter sido traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli *et al*. no ano de 19995. Nesse contexto, torna-se importante abordarmos a QV dos trabalhadores, pois ao sofrerem os reflexos das mudanças no mundo do trabalho, podem ter como consequências os afastamentos, tanto por problemas físicos quanto decorrentes de sofrimento psíquico6. Com a abordagem da qualidade de vida dos trabalhadores, torna-se possível analisar a dinâmica de cada processo de trabalho e com isso promover a saúde dos trabalhadores nele inseridos. Sob essa perspectiva, o **objetivo** desta revisão foi avaliar as evidências científicas produzidas na utilização do SF-36 para avaliação da qualidade de vida de trabalhadores. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que visa identificar os níveis de evidência científica nos estudos pesquisados. Foram seguidas seis etapas distintas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento[7]. Sob essa perspectiva, definiu-se a **questão norteadora deste estudo**: Quais

as evidências científicas produzidas na aplicação do SF-36 para avaliação da qualidade de vida de trabalhadores? O levantamento dos estudos ocorreu nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed) e Scopus, entre os meses de maio a julho de 2013. Foram utilizados os descritores "qualidade de vida" AND "saúde do trabalhador" associados a palavra-chave "SF-36". Realizou-se o recorte temporal de 1999 a 2012, devido o instrumento SF-36 ter sido traduzido e validado para a língua portuguesa no ano de 1999 (ROCHA, 2008). Os critérios de inclusão foram: artigos provenientes de pesquisa na temática de utilização do instrumento SF-36 para avaliação da qualidade de vida de trabalhadores; idiomas português, inglês ou espanhol, artigos com resumo completo e artigos disponíveis online na íntegra gratuitamente. Salienta-se que foram excluídos os artigos que não utilizaram o SF-36 como instrumento de avaliação de qualidade de vida e/ou os sujeitos abordados não foram trabalhadores, além de artigos de revisão, monografias, teses e dissertações. Para a seleção das publicações, em cada base de dados, utilizou-se o quadro de exclusão dos artigos, onde foi registrado se o estudo não contemplava os critérios de inclusão supracitados (ANEXO 1).Nesse sentido, apresenta-se, na Tabela 1, a distribuição das publicações excluídas da revisão integrativa, bem como os motivos e o total de artigos selecionados, em cada base de dados.

| | **LILACS** | **PubMed** | **SCOPUS** |
|---|---|---|---|
| Total de artigos localizados na busca | 6 | 6 | 41 |
| Recorte temporal (1999 a 2012) | - | - | 1 |
| Artigos não provenientes de pesquisa | - | - | - |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Artigo sem resumo ou resumo incompleto | - | - | - |
| Artigos indisponíveis online na íntegra, gratuitamente | - | - | 8 |
| Idioma | - | - | 2 |
| Artigos repetidos na base de dados Scopus | 1 | 1 | - |
| Não responde a pergunta de pesquisa | - | 4 | 14 |
| **Total de artigos selecionados** | **5** | **1** | **16** |

Tabela 1: Artigos excluídos do estudo. 2013.

Após a submissão dos estudos aos critérios de inclusão supracitados, restaram 22 estudos, os quais foram utilizados para a presente revisão. Para análise dos dados, utilizou-se um quadro sinóptico que incluiu os seguintes dados: referência do artigo, título, autores, país, ano, área do conhecimento que o estudo foi produzido, objetivos, abordagem metodológica, sujeitos, principais resultados, principais conclusões e nível de evidência do artigo. Ressalta-se que, para a avaliação do nível de evidência dos artigos, utilizou-se a classificação em sete níveis do ano de 2005, elaborada por Melnyk e Fineout-Overholy[8]. Os resultados serão apresentados de acordo com abordagem quantitativa descritiva. **RESULTADOS:** Com base na análise dos 22 artigos que compõem o *corpus* do presente estudo, constatou-se que o Brasil obteve o maior percentual como país de procedência dos estudos (45,4%), seguido por Noruega e Grécia, com 9,1% cada. Os demais países (Portugal, Espanha, Austrália do Sul, Finlândia, China, Grécia, Japão e Estados Unidos da América obtiveram apenas um estudo (4,5%) cada. O Brasil destaca-se devido a saúde do trabalhador ter sido incluída como campo de atuação do Sistema Único de Saúde na Lei 8080/90, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde[9]. No que tange ao ano de publicação dos artigos, foi realizado o agrupamento a cada 6 anos. Houve o predomínio de artigos produzidos no período de 2007 a 2012, com 59% do total de artigos analisados, sendo que de 2000 a 2006 obteve-se 41%.No que se refere aos trabalhadores estudados, destaca-se os trabalhadores da indústria (13,6%) com o maior percentual. A enfermagem, os funcionários hospitalares, os médicos, comerciantes e os bombeiros foram abordados apenas em dois estudos cada (9,1%). Em apenas um estudo, os trabalhadores do serviço de higiene e limpeza, trabalhadores da construção, mineradores, caminhoneiros, costureiras, mineradores e professores foram abordados, correspondendo a

4,5% cada. A Medicina destaca-se como a área do conhecimento predominante dos artigos analisados, correspondendo a 59,2%. Após, encontra-se a Enfermagem, a Psiquiatria e a Educação Física com 9,1% cada; seguido por Ciências da Saúde, Saúde Pública e Fisioterapia, com 4,5% cada. Em relação a metodologia utilizada nos estudos, obteve-se o predomínio (68,2%) de estudos quantitativos, tanto descritivos como analíticos. Também foram encontrados estudos qualitativos, caso-controle, estudo de coorte, bem como ensaios clínicos randomizados e não randomizados. No que se refere à qualidade das evidências, constatou-se que 11 estudos classificam-se com nível de evidência IV; sete estudos são nível de evidência VI; três estudos com nível de evidência III e dois estudos com nível de evidência II. Contudo, percebe-se que a utilização do instrumento SF-36, para avaliação da qualidade de vida, tem sido utilizado no âmbito dos trabalhadores, produzido predominantemente pela Medicina, com ênfase em trabalhadores industriais. Todavia, há somente um estudo direcionado para os trabalhadores de limpeza, sendo uma lacuna na produção do conhecimento. Destaca-se a importância da atuação desses trabalhadores que, embora pouco valorizada, garantem a segurança para a execução do trabalho dos demais, pois eles removem sujeiras, detritos indesejáveis e microorganismos presentes no ambiente, fatores que diminuem os índices de infecções hospitalares e acidentes[6]. O fato do Brasil ter o maior percentual como país de procedência dos estudos, demonstra a luta pela saúde, produzida nas transformações dos processos de trabalho, para que os trabalhadores, independente do setor que atuam, tenham sua qualidade de vida garantida. **CONCLUSÃO:** Pode-se considerar, com base nos artigos analisados, que a população trabalhadora tem sido foco de estudos, principalmente no que diz respeito a qualidade de vida. Os resultados obtidos nesse estudo possibilitaram dar visibilidade sobre a temática qualidade de vida e a importância da sua avaliação nos trabalhadores de limpeza, por vezes esquecidos e desvalorizados no contexto laboral. Assim sendo, constitui-se como desafiadora a proposta de abordar essa população, visto os poucos estudos existentes. Como potencialidade desse estudo, constata-se a importância de abordar qualidade de vida em trabalhadores de limpeza do âmbito hospitalar, visto a lacuna existente no conhecimento e a importância, dos quais dependem a saúde e o bem-estar dos pacientes e demais trabalhadores, além de trabalharem em conjunto com a Enfermagem, fornecendo subsídios para cuidado efetivo ao paciente.

**ÁREA TEMÁTICA:** TRABALHO

**DESCRITORES:** Qualidade de vida; Saúde do Trabalhador; Avaliação.

**REFERÊNCIAS:**

1.Araújo GA. Vida, trabalho e qualidade de vida: percepção de profissionais de enfermagem que atuam no centro de materiais e esterilização. Dissertação (mestrado em

enfermagem) – **Programa de Pós-graduação em Enfermagem**, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2007; 139 f**.**

2. Lima M. Quando o trabalho adoece. Psicologia: **Ciência e Profissão**, Brasília, 2007; 5 (4): 22-23.

3. Ministério da Previdência Social 2004**. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2004.

4. Schultz JCP. **Qualidade de Vida dos catadores de materiais recicláveis da ACMR: um estudo etnográfico.** Dissertação de mestrado,2008. Universidade do Vale do Itajaí.

5. Rocha VM, Fernandes MH. Qualidade de vida de professores do ensino fundamental: uma perspectiva para a promoção da saúde do trabalhador. J. bras. Psiquiatr. 2008; 57(1) : 23-7.

6. Silva LG, Haddad MCL, Domansky RC, Vituri DW. **Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público.** Rev. Eletr. Enf. 2010;12(1):158-63.

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

8. Melnyk BM, Morrison-Beedy D. **Designing, Conducting, Analyzing and Funding Intervention Research, A Practical Guide for Success.** New York, NY: Springer Publishing Company, 2012.

9. Brasil. **Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para funcionamento, promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E SUA RELAÇÃO COM A PERSPECTIVA SOCIAL ECOLÓGICA

# PROCESS WORK OF NURSING AND ITS RELATION TO SOCIAL ECOLOGICAL PERSPECTIVE

# PROCESO DE TRABAJO EN ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON PERSPECTIVA SOCIAL ECOLÓGICA

SALVETTI, Marina de Góes1
DANTAS, Rodrigo Assis Neves2
DANTAS, Daniele Vieira3
FREITAS, Camylla Cavalcante Soares de4
VASCONCELOS, Quinídia Lucia Duarte de Almeida Quithé de5
TORRES, Gilson de Vasconcelos6

1 Enfermeira. Doutora em Ciências em Estágio Pós-Doutoral na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: mgsalvetti@hotmail.com
2 Enfermeiro. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor Assistente II do Departamento de Enfermagem/UFRN e Enfermeiro Intervencionista do SAMU Metropolitano do Rio Grande do Norte.
3 Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRN. Enfermeira do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes e Docente da Escola de Enfermagem de Natal/UFRN.
4 Discente em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de iniciação científica/CNPq. E-mail: camyllafreitas_@hotmail.com
5 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista CAPES. E-mail: quinidia@hotmail.com
6 Enfermeiro. Pós-doutor. Professor Titular do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista PQ-2. E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** nos anos 1960, com as guerras marcadas pelo uso das tecnologias ocorreu o envenenamento da biosfera pela tecnologia, época marcada pela falta de consideração pelo homem e pela natureza, fato este que se constituiu o ideal de ciência baseado nos moldes positivistas. O positivismo é baseado nos preceitos do renascimento, com a valorização da observação e da experimentação de forma sistemática na investigação da natureza e do iluminismo, evocando a necessidade de unir a razão e o conhecimento com o surgimento de uma humanidade iluminada. Os princípios positivistas permitiam a previsão dos fenômenos e do domínio da natureza, oferecendo o ideal de segurança ao

homem moderno contra os infortúnios da natureza. No entanto, com o desgaste dos recursos naturais e as sucessivas crises do sistema capitalista, surgiram críticas ao modelo e ao uso da natureza. Considera-se que o desenvolvimento tecnológico separou o homem da natureza e a exploração dos recursos ambientais seria o veículo de exploração do homem. Sendo assim, o positivismo não foi capaz de trazer o bem-estar prometido e o progresso científico se tornou uma disputa pelo poder. Os avanços tecnológicos, da medicina e da economia aumentaram o abismo social, degradaram o meio ambiente, aumentaram a pobreza, a fome e a miséria, além de trazer transtornos mentais relacionados ao consumismo. E por volta dos anos 1960 e 1970, surgiram movimentos sociais na tentativa de mudança do paradigma vigente, foram eles: feminista, ecológico, étnico, saúde holística entre outros. Esses ideais culminaram com surgimento da crise paradigmática do positivismo, na qual estava claro que o objeto de conhecimento da ciência é complexo e não pode ser reduzido em partes. No entanto, a necessidade de mudança de paradigma levanta a ideia da negação da própria ciência, em um período de negação e incertezas. Esse novo paradigma deve incluir a ciência com contextualização histórica, combinando com novos conceitos e teorias científicas, é o chamado paradigma social. O paradigma social supera o rigor quantificável e estratificado da visão cartesiana/positivista por mediações sociais ancoradas na subjetividade humana, já que todo conhecimento científico e socialmente construído. Nesse contexto, surgem ainda as ideias da defesa do ser humano e sua morada (planeta terra), é o paradigma planetário, que aponta a terra como caminho de cura e resgate da essência humana. Sendo assim, lançam-se ideias de novas ciências: ecologia, ciências da terra e cosmologia. No entanto, a comunidade científica não conseguiu ainda nominar esse novo paradigma, ela aponta apenas suas tendências e sinais de mudança. Nesse contexto, surgem questionamentos sobre as ações que vêm sendo realizadas, no âmbito da área da saúde, no que diz respeito a uma questão importantíssima e fundamental que é a sobrevivência do planeta. Mais especificamente, há necessidade de compreender como a enfermagem tem se engajado, junto aos demais profissionais e instituições, para contribuir efetivamente no atendimento das demandas inerentes à questão ambiental. Com isso, justifica-se a importância do estudo com vistas a tornar a questão ambiental um tema inerente às discussões no âmbito da pesquisa, do ensino e da prática de enfermagem e saúde. Vale destacar a escassez de estudos publicados atualmente acerca da temática. Acredita-se que este artigo poderá contribuir no sentido de oferecer subsídios para a reflexão dos profissionais sobre um novo cuidar/cuidado, visando detectar as novas abordagens da relação entre a prática de enfermagem e os sistemas de ideias dominantes[1-3].
**OBJETIVO:** refletir acerca do paradigma social ecológico e sua relação com a enfermagem. **METODOLOGIA:** trata-se de um ensaio analítico que discute, ao olhar de diferentes autores, a necessidade da implementação das ideias relacionadas ao paradigma social ecológico, apontando suas mudanças, perspectivas e influência na enfermagem. A busca de estudos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: LILACS, BDENF, SCIELO, MEDLINE. Além das bases dos Periódicos Capes e

no banco de teses e dissertações da USP, disponível on line. Os descritores foram selecionados no DECS e foram os seguintes: enfermagem; prática profissional; filosofia em enfermagem e ecologia. Os critérios de inclusão versaram para os estudos clássicos e atualizados que versassem sobre a temática em questão, com vistas a proporcionar uma reflexão acerca do paradigma social ecológico e sua relação com a enfermagem; disponíveis em texto completo on line e nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão versaram para os estudos que não respondessem aos nossos questionamentos. No total, foram encontradas 193 publicações, e após o refinamento, selecionaram-se 28 para composição dessa análise. As questões que nortearam esse estudo foram: qual a relação entre enfermagem e ecologia? Qual a importância das práticas de enfermagem para o paradigma social ecológico? Como a enfermagem tem contribuído com os debates sobre a questão ambiental? **RESULTADOS**: com relação à inserção da enfermagem no contexto do paradigma social ecológico, entende-se que: a saúde, a partir da visão holística do homem e da teia de relações que atinge o pensamento ecológico, exige do enfermeiro em suas áreas de ensino, pesquisa e assistência uma percepção crítica de seu saber, saber-ser e saber-fazer comprometido com as transformações que marcam a atualidade. Isso possibilita o ressurgimento das emoções, do encantamento, dos sentimentos, do cuidar da natureza como premissa para uma melhor qualidade e existência da humanidade. O reconhecimento desta mudança estrutural contínua transcende a organização do planeta e permite a evolução no meio ambiente de modo criativo e não simplesmente adaptativo. O Código Internacional de Enfermagem, documento relevante na consolidação de diretrizes para a prática profissional, estabelece que o enfermeiro deve ser responsável pela manutenção do meio ambiente e protegê-lo contra o seu empobrecimento, degradação e destruição. Dessa forma, reforçamos o pressuposto de que a discussão sobre a interface entre enfermagem e ecologia constitui um imperativo ético para a profissão. A atuação do profissional enfermeiro como membro da equipe de saúde pode compartilhar da defesa desta causa em favor da sustentabilidade do planeta, através de sua sensibilização quanto as alterações ambientais objetivando o desenvolvimento da consciência ecológica. A conscientização, que considera as variáveis culturais e seus modos de vida, parte da racionalidade ambiental e da relação integral, contextualizada, inter-relacionada proposta para o saber por Morin. Seria a consciência crítica, capaz de elaborar novas racionalidades, calcadas na interdisciplinaridade e complexidade, determinando valores éticos de respeito, preservação e qualificação da vida, conduzindo a formas de desenvolvimento e ação construtiva e valorativa de si mesmo, da sociedade e do mundo. Portanto, segundo o pensamento desse autor, a solução básica para as questões enfrentadas hoje em relação ao mundo seria a tomada de consciência. Tratar da questão relativa ao meio ambiente assume uma relevância fundamental na atualidade, principalmente para os trabalhadores de saúde e, dentre eles os que integram a força de trabalho da enfermagem, pois a vida saudável depende intrinsecamente de um planeta saudável. Assim, coloca-se a necessidade de que os trabalhadores de enfermagem compreendam a determinação dos processos de deterioração

ambiental, buscando com isso, através de práticas emancipatórias, envolver os usuários dos serviços de saúde, assim como alunos de graduação num movimento comum de abrangência mundial de conservação da natureza[1-5]. **CONCLUSÃO:** o modelo social ecológico de promoção de saúde entende que a saúde é determinada por uma complexa relação entre fatores ambientais, organizacionais e pessoais, partindo dos indivíduos para as populações e saindo de uma visão mecanicista e reducionista dos problemas de saúde, fatores de risco e causalidade linear rumo a uma concepção holística, considerando todo o contexto e os locais onde as pessoas vivem. O estudo dos problemas sócio-ambientais por suas interfaces requer abordagens do tipo interdisciplinar e intersetorial, como forma de fazer frente à fragmentação do saber, que, historicamente, tem balizado as práticas de pesquisa e as ações das políticas públicas. Enfrentar essa questão exige uma reforma do pensamento que depende de um modo novo de produzir conhecimento, um desafio para a política de ciência e tecnologia em saúde. Os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, devem assumir a responsabilidade de agregar como temática de discussão a questão da crise do meio ambiente. Para tanto, é necessário direcionar nossa prática de forma a considerar o ser humano e o planeta o centro de nossas preocupações, com ênfase na necessidade de nos sentirmos ligados a nossa própria natureza, construindo conhecimentos acerca do cuidado ecológico. É inevitável pensar que assumir efetivamente a questão ambiental como problema de saúde, que gera demandas a serem atendidas pelos enfermeiros, é uma urgência para a profissão. No entanto, destacamos que é preciso estar alicerçado em pressupostos que valorizem a relação entre saúde e ecologia como uma temática a ser olhada de forma a abarcar toda a complexidade que lhe é inerente, bem como os determinantes históricos nela fixados. A abordagem interdisciplinar do problema ambiental como fruto de múltiplas inter-relações do tecido social, e não apenas por meio do enfoque das ciências naturais, é imprescindível para a busca de perspectivas mais efetivas de investigação e resolutividade.

**Área temática:** trabalho.

**Descritores:** Enfermagem; Prática profissional; Filosofia em enfermagem; Ecologia.

**Descriptors:** Nursing; Professional practice; Philosophy, Nursing; ecology .

**Descriptores:** Enfermería; Práctica profesional; Filosofía en enfermería; Ecología .

**REFERÊNCIAS**

1. Santos BV. Um discurso sobre as ciências. 3ª Ed. São Paulo (SP): Cortez; 2005.

2. Azevedo DM, Costa LM, Almeida Júnior JJ, Enders BC, Menezes RMP. Paradigmas emergentes: um ensaio analítico. Rev. Eletr. Enf. [serial on line] 2008 [cite 2012 mar 10] 10(3): 835-42. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a30.htm.

3. Camponogara S, Kirchhof ALC, Ramos FRS. A relação enfermagem e ecologia: abordagens e perspectivas. Rev. Enferm UERJ 2006 jul/set; 14(3):398-404. Available from: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14498&indexSearch=ID

4. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre (RS): Sulina; 2005.

5. Ribeiro MCS, Bertolozzi MR. Reflexões sobre a participação de Enfermagem nas questões ecológicas. Rev Esc. Enferm USP. 2002; 36(4):300-8. Available from: http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=500413&indexSearch=ID

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A INFLUÊNCIA DO SOFRIMENTO MORAL SOBRE A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM: NOTA PRÉVIA

# MORAL DISTRESS INFLUENCE ON THE PROFISSIONAL SATISFACTION OF NURSING STAFF: FOREWORD

# INFLUENCIA DEL ANGUSTIA MORAL EN LA SATISFACCIÓN PROFESSIONAL DE LOS TRABAJADORES DE ENFERMERÍA: PRÓLOGO

DALMOLIN, Graziele de Lima1
LUNARDI, Valéria Lerch2
YOSUF, Zeinab Ramahi[3]
FILTER, Fernanda Rossana[4]

1 Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora Adjunta I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). grazi.dalmolin@gmail.com
2 Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGENf/FURG).
[3]Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e bolsista de iniciação científica pelo PIBIC/CNPq. zena.yosuf@gmail.com
[4]Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e bolsista de iniciação cientifica FIPE/ Junior CCS.

**Introdução:** A ocorrência de problemas morais e sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem pode trazer implicações para a satisfação no trabalho devido suas características. O sofrimento moral pode ser entendido como a dor ou angústia que afeta a mente, o corpo e as relações interpessoais no ambiente de trabalho, em resposta a uma situação na qual o trabalhador reconhece sua responsabilidade moral diante dos conflitos e faz um julgamento moral sobre a conduta correta, porém se vê impedido de executá-la na prática por constrangimentos, reconhecendo como inadequada sua participação moral(1). Problemas morais e sofrimento moral na enfermagem relacionam-se com a fragilização do cuidado de enfermagem, pela (des)organização do trabalho, envolvendo a humanização do cuidado, a insuficiência de recursos materiais e humanos e a falta de respaldo institucional para o exercício de autonomia desses trabalhadores(2). Essas situações e, ainda, o desrespeito aos direitos dos pacientes e mortes reconhecidas como evitáveis levam esses trabalhadores a desenvolverem uma relação de baixa qualidade com o paciente por sua insatisfação com o ambiente em que trabalha, podendo levar ao abandono da profissão. Em

relação à restrição de recursos materiais, o sofrimento moral é vivenciado por situações como a precariedade de enfermarias superlotadas, improviso e carência de materiais de uso rotineiro, desde agulhas, até equipamentos mais complexos como desfibriladores e respiradores em situações de emergência, bem como falta de equipamentos de proteção individuais mínimos, como luvas. Já no que se refere à insuficiência de recursos humanos, sua principal consequência relaciona-se à sobrecarga de trabalho para os trabalhadores de enfermagem e o possível comprometimento do cuidado ao paciente, pois muitas vezes, precisam delegar cuidados aos familiares ou acompanhantes, priorizando pacientes que demandam cuidados mais complexos[2]. Diante desse contexto, a satisfação no trabalho pode estar comprometida pela ocorrência do sofrimento moral entre seus trabalhadores, pois na saúde e enfermagem essa tem sido objeto de preocupação em relação ao dilema vivenciado por seus trabalhadores pela ocorrência de um lado, da satisfação por aliviar o sofrimento alheio e, do outro, a insatisfação com a sobrecarga de trabalho e as precárias condições de realização desse trabalho, o que pode trazer implicações para saúde desses trabalhadores, tanto na dimensão pessoal como profissional[3]. **Objetivos:** Apresenta-se como objetivo geral analisar a percepção de trabalhadores de enfermagem frente ao Sofrimento Moral vivenciado, relacionando a sua freqüência e intensidade à satisfação no trabalho. E como objetivos específicos: identificar a freqüência e intensidade de sofrimento moral vivenciada por trabalhadores de enfermagem; e, identificar os fatores do sofrimento moral mais significativamente associados à (in)satisfação no trabalho dos trabalhadores de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa, constituindo-se uma pesquisa *survey*. Esse *survey* será realizado num município da região central do Rio Grande do Sul, de aproximadamente 270 mil habitantes, numa instituição de saúde caracterizada, conforme o CNES/DATASUS, por ser um hospital universitário público federal, que conta com 272 leitos de internação, em que atuam em torno de 217 enfermeiros, 209 técnicos de enfermagem e 199 auxiliares de enfermagem. Nessa instituição, são atendidos pacientes de diversas localidades da região, sempre aliando a tecnologia a uma equipe de trabalhadores e estudantes treinados e atualizados da área da saúde. Para coleta de dados, serão utilizados dois instrumentos, o primeiro para investigar o sofrimento moral, uma adaptação do *Moral Distress Scale* (MDS), e o segundo para investigar a satisfação no trabalho, o *Índice de Satisfação Profissional* (ISP). Incluir-se-á também no instrumento um componente de caracterização dos sujeitos. Os participantes do estudo, conforme critérios de inclusão, serão enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, atuantes na instituição local de estudo que apresentarem disponibilidade e interesse para responder aos questionários. Os critérios de exclusão dos informantes limitam-se à falta de disponibilidade ou de interesse em participar da pesquisa, a não devolução dos questionários ou sua devolução em branco. Assim, a população do estudo serão os 625 trabalhadores de enfermagem referidos acima, atuantes nessa instituição. Nesse sentido, utilizar-se-á de uma amostra não-probabilística por conveniência, porém, tomando como base o total de sujeitos na instituição a ser

pesquisada, o que corresponde a um número de 625 indivíduos, ao aplicar-se uma fórmula de seleção amostral obtem-se como resultado um número mínimo de 240 sujeitos para a realização de determinados exames estatísticos. A coleta de dados será realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, com início previsto para outubro de 2013. Serão entregues os questionários aos trabalhadores de enfermagem dentro de um envelope de papel pardo contendo os instrumentos e o termo de consentimento livre e esclarecido, e definir-se-á junto ao trabalhador a melhor data para entrega do mesmo preenchido. Adotar-se-á, ainda, como critérios de exclusão para procedimentos de análise, aqueles respondentes que, nos dois instrumentos, utilizarem apenas dois pontos da escala, descaracterizando a escala intervalar adotada e aqueles que deixarem mais de dez itens sem resposta. Após a coleta de dados, dois testes estatísticos serão realizados para garantir a validade do instrumento, a análise fatorial e o alfa de *Cronbach*. Na análise dos dados serão realizadas quatro análises distintas para obtenção dos resultados: 1) estatística descritiva, com utilização de distribuição de frequência e médias; 2) análise de variância (ANOVA) para verificar diferenças significativas entre os grupos de respondentes; 3) análise bivariada com utilização da correlação de Pearson; e, 4) análise multivariada, através de regressão múltipla. Será utilizado o software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. Serão respeitados todos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados esperados:** Espera-se com a realização desse trabalho identificar como o sofrimento moral dos trabalhadores de enfermagem podem influenciar na sua satisfação profissional. Considera-se a possibilidade de os trabalhadores de enfermagem refletir sobre sua prática, conhecendo e atentando para questões como o sofrimento moral e o reconhecendo em suas atividades cotidianas, bem como buscar alternativas para enfrentamento, para que esse tipo de situação não interfira na sua satisfação com o trabalho. Por fim, acredita-se que com esse estudo facilitar-se-á a busca de estratégias para a construção de ambientes de trabalho mais saudáveis. **Conclusão:** Considera-se relevante o desenvolvimento dessa pesquisa para a construção do conhecimento da enfermagem, e para reflexão dos seus trabalhadores no que se refere às situações conflituosas e fontes de sofrimento moral, problematizando como esses fenômenos podem influenciar na sua saúde e satisfação no trabalho.

**Área Temática:** Trabalho

**Descritores**: Ética; Enfermagem; Moral; Satisfação no trabalho.

**REFERÊNCIAS**

1. Nathaniel A. Moral Distress Among Nurses. The American Nurses Association Ethics and Human Rights Issues Updates. 2002;1(3):3-8.

2. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. Rev Enferm UERJ. 2009; 17(1):35-40.

3. Gallo CMC. Desvelando fatores que afetam a satisfação e a insatisfação o trabalho de uma equipe de enfermagem [Dissertação]. Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande; 2005. 214 p.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ESTRESSE NA DEFESA DOS DIREITOS DOS PACIENTES: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

# STRESS IN DEFENSE OF THE RIGHTS OF PATIENTS: PERCEPTIONS OF NURSES OF INTENSIVE CARE UNIT

# ESTRÉS EN DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES: PERCEPCIONES DE ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

WACHHOLZ, Aline1
DALMOLIN, Graziele de Lima2

1 Enfermeira. Professora Temporária do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA- campus Uruguaiana). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira-Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf FORS) alinewachholz@hotmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira-Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf FORS).

**Introdução:** O trabalho, atualmente, é quem define nossa posição em relação à sociedade, o poder de consumo e o acesso a condições de vida satisfatórias[1]. O trabalho da enfermagem é pautado no cuidar/cuidado, o qual é considerado a essência da profissão, visando à preservação e potencialização da saúde dos cidadãos, é uma maneira de estar junto ao outro, em vários níveis de atenção, como a promoção e a recuperação da saúde e a prevenção, sempre com o objetivo de aumentar as condições de vida, de conforto e prosperidade[2]. O cuidado na enfermagem parece fortemente ligado ao envolvimento e, ao comprometimento da pessoa com a instituição, e também com a profissão4. Dessa forma, cabe ressaltar que o enfermeiro pode sentir-se constantemente sob pressão ao, muitas vezes, responsabilizar-se pela resolutividade da assistência, pois é frequente a cobrança pelo seu permanente estado de vigilância, sendo seu dever "anotar tudo, ver tudo"[3]. Nessa perspectiva, pode-se falar que os trabalhadores da enfermagem sofrem várias influências, pois estão expostos a uma elevada gama de estressores, o que é comum em um ambiente onde predomina a enfermidade, e onde são intensas e diversas as relações interpessoais, A organização do trabalho também influencia e é influenciada pelas condições de trabalho oferecidas na instituição, o que pode comprometer o desenvolvimento e o engajamento do profissional em relação ao serviço. Nisto está incluído a escassez de recursos, tanto

materiais quanto humanos, e as relações interpessoais, o que deixa a enfermagem mais susceptível a conflitos e dilemas para os trabalhadores[1]. Decorrente dessas situações conflituosas, associa-se também as situações de estresse, como ocorrem nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), em virtude da constante expectativa de situações de emergência, da alta complexidade tecnológica e da concentração de pacientes graves, sujeitos a frequentes mudanças súbitas em seu estado geral de saúde. Desta forma, o ambiente de trabalho caracteriza-se como estressante constituindo uma atmosfera emocionalmente comprometida, tanto para profissionais como para pacientes e familiares[4]. Pois o estresse pode ser entendido como estímulos provenientes do ambiente externo ou interno que ultrapasse a capacidade de adaptação de um indivíduo ou grupo, sendo esse o modelo interacionista do estresse, uma vez que interrelaciona o ambiente e a pessoa como co-responsáveis nesse processo. Nesse sentido, o estresse pode estar presente para os enfermeiros pois esses lidam frequentemente com situações em que se sentem irritados, deprimidos e desapontados no trabalho, ou seja, com sentimentos que são incoerentes com o desempenho de suas atividades laborais[5]. Em vista desses aspectos apresentados, este Projeto de Pesquisa parte do pressuposto de que os profissionais de Enfermagem, que desenvolvem suas jornadas de trabalho em unidades de terapia intensiva no âmbito hospitalar, podem vir a apresentar um alto nível de estresse relacionado com os enfrentamentos em defesa do paciente, considerando as relações com equipe de saúde, chefias e instituição, além do fato de realizarem suas atividades de trabalho relacionadas com pessoas que sofrem e requerem grande demanda de atenção. Desta forma, tem se como questão de pesquisa: "Qual a percepção de Enfermeiros de UTIs acerca do estresse e da sua atuação na defesa dos direitos dos pacientes?". **Objetivos:** Esta pesquisa tem como objetivo geral: Conhecer a percepção de Enfermeiros de UTIs acerca do estresse e da sua atuação na defesa dos direitos dos pacientes e como objetivos especificos: Identificar a incidencia de estresse em enfermeiros que desenvolvem suas jornadas de trabalho em UTIs; Conhecer as principais situações enfrentadas pelos enfermeiros de UTIs na defesa dos direitos dos pacientes e investigar relações entre estresse e atuação do enfermeiro na defesa dos direitos do paciente em UTIs. **Descrição Metodológica:** Essa pesquisa trata-se de uma abordagem quantitativa que buscará conhecer a percepção dos enfermeiros que atuam em UTIs sobre o estresse e se os mesmos conseguem fazer enfrentamentos na defesa dos direitos dos pacientes nas suas vivências cotidianas de trabalho. Esse é um estudo do tipo exploratório-descritivo Pretende-se realizar o estudo e fazer a coleta dos dados em três Hospitais do municipio de Santa Maria/RS que possuem UTIs adulta, pediátrica e neonatal, que serão representados pela seguinte terminologia H1, H2 e H3 para que sejam mantidos o sigilo e anonimato dos mesmos. A população será composta conforme critérios de inclusão na pesquisa, ou seja, serão profissionais enfermeiros que desempenham suas atividades de trabalho em UTIs adulta, pediátrica e neonatal que aceitem participar do estudo. Serão escolhidos dois instrumentos já validados para realizar a pesquisa, um para avaliar a incidência de estresse em enfermeiros que desenvolvem suas jornadas de trabalho em UTIs

e, o outro, para identificar as principais situações enfrentadas pelos enfermeiros de UTIs na defesa dos direitos dos pacientes. Primeiramente será encaminhado às Instituições em que serão realizadas as coletas dos dados, um documento informando o tipo de pesquisa e a solicitação para o desenvolvimento da mesma, e após será encaminhado o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Após a autorização das instituições e parecer positivo do CEP, será disponibilizado para a população amostra, um envelope contendo os dois instrumentos de pesquisa mais um item de caracterização dos sujeitos, contendo as seguintes perguntas: Idade, sexo, tempo de atuação profissional, unidade de trabalho. Na análise dos dados serão realizadas duas análises distintas para obtenção dos resultados: Estatística descritiva e a análise de variância(ANOVA), **Resultados:** Como resultados esperados deste projeto de pesquisa, espera-se analisar a percepção dos enfermeiros em relação ao estresse e a atuação do mesmo na defesa dos direitos dos pacientes que encontram-se internados em UTIs, **Conclusão:** Por fim espera- se com o desenvolvimento deste projeto de pesquisa analisar, como ocorre a atuação do profissional enfermeiro neste âmbito de trabalho, e quais as suas percepções em relação as situações enfrentadas pelos mesmos que desenvolvem suas jornadas de trabalho em UTIs na defesa dos direitos do paciente e como ocorre a relação do estresse e a atuação deste profissional. Este projeto de pesquisa é de suma importância para a enfermagem pois ela irá ajudar a ampliar o conhecimento cientifico sobre a percepção dos enfermeiros que desenvolvem suas jornadas de trabalho em UTIs acerca do estresse e da sua atuação na defesa dos direitos dos pacientes.

**Área temática**: Trabalho

**Descritores:** Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Defesa do paciente.

**Referências**

1 Fracolli LA, Granja GF. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(. especial):597-602.

2 Souza ML, Sartor VVB, Padilha MICS, Prado ML. O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. Texto Contexto Enferm. 2005; 14(02):266-270.

3 Netto LFSA, Ramos FRS. Enfermeiro: o papel que se define nas relações conflituosas. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 2002.

4 Koizumi MS, KamiyamaY, Freitas LA. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva-problemas sentidos expectativas em relação à assistência de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1979; 13(2):135-45.

5. Guerrer FJL, Bianchi ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(2):355-62.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# SOFRIMENTO MORAL E *BURNOUT* NOS DIFERENTES AMBIENTES DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

# MORAL DISTRESS AND BURNOUT IN DIFFERENT NURSING WORK ENVIRONMENTS

# ANGUSTIA MORAL Y *BURNOUT* EN DIFERENTES ENTORNOS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA

DALMOLIN, Graziele de Lima1
LUNARDI, Valéria Lerch2
WACHHOLZ, Aline3

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/FURG). Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES/FURG). Pesquisadora CNPq.
3 Enfermeira. Docente Temporária do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA- campus Uruguaiana). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira-Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf FORS) alinewachholz@hotmail.com.

**Introdução:** A sociedade contemporânea, em constante modificação com a evolução científica e tecnológica, tem alterado, de maneira considerável, o modo de viver das pessoas, o contexto em que se inserem, as relações interpessoais, a maneira de organizar o trabalho, entre outros. Em decorrência disso, ocorrem também alterações nos costumes dos indivíduos, nos seus valores, e no estabelecimento de suas prioridades pessoais e organizacionais. Assim, considerando o trabalho da enfermagem, nesse podem ocorrer, mais frequentemente, situações de cunho conflituoso, dentre as quais podem-se citar os dilemas morais e o sofrimento moral. Os dilemas morais são potencialmente fontes geradoras de sofrimento moral, surgem quando os trabalhadores reconhecem a maneira mais correta de agir, porém são incapazes de agir conforme seus conhecimentos, valores e crenças[1]. Já o sofrimento moral é considerado como um doloroso desequilíbrio psicológico resultante das situações em que o profissional de saúde reconhece qual a conduta ética apropriada a ser seguida, porém por constrangimentos institucionais torna-se praticamente impossível ou incapaz de prosseguir com o curso da ação correta, seja por obstáculos como falta de tempo, relutância da supervisão, inibidora estrutura do poder médico, políticas institucionais ou considerações legais[1]. Essas manifestações associadas ao enfrentamento

de situações éticas do cotidiano da enfermagem, podem estar associadas também ao *burnout*, o qual é visto como um fenômeno psicossocial relacionado ao trabalho, em que a pessoa busca auto-afirmação através de seu trabalho, sendo que a atividade produtiva é um elemento constitutivo da saúde mental individual e coletiva[2]. Em vista destas questões o cuidado de enfermagem pode estar comprometido, ou seja, tornando-se mais dificultoso, pois envolve aspectos do contexto do indivíduo a ser cuidado e do contexto dos ambientes de cuidado a saúde, que muitas vezes apresentam limitações materiais, humanas e éticas, influenciando tanto os receptores quanto os prestadores de cuidados, o qual parece estar contribuindo tanto para a fragilização desse cuidado quanto para sua desvalorização. **Objetivo:** conhecer na produção científica, publicada no período de 1999 a 2009, os ambientes de atuação da enfermagem que apresentam maiores manifestações de sofrimento moral e *burnout*. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada em cinco fases, sendo elas: formulação e identificação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados coletados e apresentação dos dados. Na coleta de dados, o levantamento bibliográfico foi realizado através de buscas nos banco de dados da CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line) e SAGE Journals Online. As palavras-chave utilizadas foram sofrimento moral, *burnout* e enfermagem. Ressalta-se que foram utilizadas palavras-chave porque um dos termos de pesquisa não é um descritor de saúde. Ao início das buscas, critérios de seleção para inclusão dos artigos foram pré-definidos, dentre eles: estar indexado nas bases de dados já citadas acima com as referidas palavras-chave; estar redigido nos idiomas português, inglês ou espanhol; ter sido publicado no período de 1999 a 2009; apresentar resumo para primeira análise e, ter acesso ao texto completo, pelas próprias bases de dados ou pelo Portal de Periódicos CAPES. Seguidos estes critérios, ao término das fases de coleta de dados e avaliação dos dados, obtiveram-se nove artigos pela CINAHL, onze pela MEDLINE e quatro pela SAGE, sendo que três deles estiveram repetidos nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, obtendo-se, portanto, um total de 21 artigos para análise. Na fase de análise dos dados, subdividida nas etapas de redução dos dados, visualização dos dados, comparação dos dados e verificação e esboço da conclusão, os dados foram isolados, ordenados e codificados, possibilitando a investigação de várias dimensões dos estudos, como dados referentes aos pesquisadores, dados referentes à forma de publicação e identificação do periódico e, dados referentes à pesquisa, sendo que ao final os dados foram categorizados e resumidos de maneira integrada. Por fim, na fase de apresentação dos dados, foram apresentadas as conclusões da revisão integrativa implementada, demonstrando sua elaboração juntamente com impressões e reflexões das autoras. **Resultados:** Através das leituras dos artigos foi possível perceber que vários aspectos ligados aos ambientes de trabalho das enfermeiras parecem estar relacionados com o desenvolvimento do sofrimento moral e do *burnout*. Assim pode-se dizer, que o sofrimento moral parece manifestar-se em diferentes locais de atuação das enfermeiras, tais como: unidades de terapia intensiva, oncológicas, de

internação médico-cirúrgicas, de urgência e emergência, e, enfermagem em saúde mental. Enquanto o *burnout* aparece, apenas, associado ao sofrimento moral em algumas delas, conforme descrito ao longo do texto. As enfermeiras de terapia intensiva, freqüentemente, deparam-se em seus cotidianos com a dor e sofrimento como parte do seu trabalho, devido a longa permanência de pacientes, muitas vezes submetidos a pesados tratamentos que consideram fúteis ou sem benefícios. Dessa forma, encontram-se, em dilemas éticos associados ao gerenciamento do cuidado aos pacientes, uma vez que este têm se transformado pelos avanços tecnológicos, dificultando as tomadas de decisão das enfermeiras e seus papéis de cuidadoras e advogadas do paciente[3]. As enfermeiras que prestam cuidados a pacientes oncológicos estão, altamente, suscetíveis a situações desencadeadoras de sofrimento moral em relação àquelas que estão em outras especialidades[4], pois, deparam-se, cotidianamente com conflitos relacionados a desacordos quanto ao preenchimento de consentimentos informados, reanimação de pacientes, discordâncias quanto ao significado de morte com dignidade, falta de competência da equipe, recursos materiais escassos, falta de apoio da administração e complicações do tratamento. Já no que se refere às unidades de internação médico-cirúrgicas, o sofrimento moral é elevado em situações relacionadas principalmente a prática médica, fatores organizacionais e cuidados fúteis. Entre as situações de destaque encontram-se a percepção da comunicação inadequada com pacientes, em que as informações dadas ao paciente e família são incompletas para a tomada de decisões em relação aos tratamentos, e a adoção de cuidados paliativos, numa tentativa de focar o cuidado médico nas necessidades individuais do paciente e sua qualidade de vida do que unicamente no diagnóstico[4]. Especificamente, ainda, enfermeiras dos serviços de emergência também estão suscetíveis ao sofrimento moral por questões organizacionais, como as superlotações dessas unidades, em que o desempenho do trabalho fica limitado pela falta de espaço, comprometendo o cuidado ao paciente, sua saúde e segurança, pela dificuldade de assegurar sua dignidade e privacidade[5]. Uma outra questão, também fonte de sofrimento moral, vivenciada por enfermeiras de saúde mental, especificamente quanto ao suicídio em uma visão contemporânea, na qual o corpo é visto como propriedade do indivíduo, o suicídio como um direito humano, e a pessoa responsável por si própria e por suas decisões. Nesta perspectiva, a enfermeira apresenta-se num dilema ético, pois necessita lidar com o desconforto perante o direito do indivíduo ao suicídio, quando ela e a sociedade acreditam que seja seu papel garantir a segurança física da pessoa, até porque a política de saúde mental não aceita com essa visão contemporânea. Assim, parece que o sofrimento moral, em alguns casos, como ao ser experenciado por longos períodos, pode levar ao desenvolvimento do *burnout* na enfermagem, os quais, ao ultrapassarem os recursos pessoais de enfrentamento das enfermeiras, podem também resultar no abandono da profissão. **Conclusões:** Como foi possível observar, através da análise dos artigos selecionados, muitas características e rotinas específicas de cada ambiente de trabalho, ou a interação com diferentes tipos de paciente, parecem associadas ao desenvolvimento do

sofrimento moral e *burnout* para as enfermeiras. Já entre as principais particularidades que podem levar ao sofrimento moral e ao *burnout* para as enfermeiras nestes ambientes, encontram-se principalmente, questões éticas e de organização do trabalho, tais como: aplicação de cuidados fúteis; a dificuldade das enfermeiras assumirem seus papéis de advogada do paciente, e nas tomadas de decisão; conflitos pela competências das equipes de enfermagem e médicas; longos períodos de internação dos pacientes; insuficiência de recursos materiais; falta de apoio da administração; superlotação de unidades e políticas institucionais. Assim, faz-se necessário buscar alternativas e estratégias que possibilitem modificações nos contextos ambientais de atuação das enfermeiras, tanto nas questões éticas e organizacionais, assim como na educação em enfermagem, para que estas trabalhadoras possam desempenhar seu fazer de maneira mais autônoma, com condições de se expressarem e defenderem seus direitos e idéias, exercendo a profissão com mais qualidade, que por sua vez refletir-se-á na assistência prestada.

**Área temática:** Trabalho**.**

**Descritores:** Ética; Enfermagem; Moral; Burnout.

**REFERÊNCIAS**

1 Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsability and nursing practice. Clin Issues. 1993; 4(4):s/p.

2 Carlotto MS, Palazzo LS. Síndrome de Burnout e Fatores Associados: um estudo epidemiológico com professores. Cad Saúde Pública. 2006; 22(5): 1017-1026.

3 Kain VJ. Moral distress and providing care to dying babies in neonatal nursing. Int J Palliative Nurs. 2007; 13(5): 243-248.

4 Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses an adult acute tertiary care hospital. J Nurs Manag. 2008; 16: 360-373.

5 Kllcoyne M, Dowling M. Working in a overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. Austr J Adv Nurs. 2008; 25(2): 21-27.

# O TRABALHO EM EQUIPE E A INTEGRALIDADE EM SAÚDE DA FAMILIA

# THE TEAMWORK AND COMPLETENESS OF FAMILY HEALTH

# El TRABAJO EN EQUIPO Y LA INTEGRIDAD DE LA SALUD DE LA FAMILIA

ARAÚJO, Caroline Pacheco1
BORGIGNON, Juliana Silveira2
DA ROSA, Fábio Mello3
FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva4
MARTINS, Sharon da Silva5
ERTHAL, Graciele 6
WEILLER, Teresinha Heck7

1Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM). Bolsista do Programa de Educação Tutorial- PET do curso de Enfermagem/UFSM/RS. E-mail: nine_pach@hotmail.com
2Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: jubordignon1@hotmail.com
³ Enfermeiro da Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS. Especialista em Sistema Público de Saúde. E-mail: enfmello07@yahoo.com.br
4 Enfermeiro Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. E-mail: marcelonsf@gmail.com
5Enfermeira da Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS. E-mail: sharonsm2005@yahoo.com.br
6 Enfermeira, Especialista em Gestão de Organização Pública em saúde (UFSM). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: gracieleerthal@gmail.com
7Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Profa Adjunto do Dep. de Enfermagem/UFSM. E-mail: weiller2@hotmail.com
Membros do Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Saude Coletiva-GEPESC/UFSM.

**INTRODUÇÃO**: A Saúde da Família é um novo modelo de atenção à saúde, criada mediante a implantação de equipes de saúde em unidades básicas de saúde[1]. Neste sentido, orienta-se por meio da integralidade nos cuidados de saúde, constituindo-se em um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir disto, será possível visualizar as singularidades e necessidades da população atendida bem como dimensionar o valor das práticas de saúde[2]. Para tanto, é necessário conceituar trabalho em equipe, afim de que se possa incorporar a integralidade como ferramenta de trabalho e, assim, refletir como ocorre a interação/integração entre os trabalhadores envolvidos nas práticas de cuidado. O

trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura pela interação dos agentes de diferentes áreas profissionais e na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas[3]. Segundo estudos, é obtido por meio de uma interação recíproca entre dois ou mais trabalhadores[4]. No caso da Saúde da Família, é baseada na divisão de responsabilidades do cuidado, na qual os envolvidos participam cada qual com suas especificidades[3]. **OBJETIVO**: Refletir sobre o trabalho em equipe e a integralidade em Saúde da Família. **METODOLOGIA**: Este trabalho compreende uma reflexão acerca da importância do o trabalho em equipe e a integralidade em Saúde da Família. Para a sua composição, foi realizada uma análise da literatura científica, por meio da busca de periódicos pertinentes ao tema proposto, durante o mês de julho de 2013. Para realizar uma aproximação maior com a temática, procedeu-se a uma leitura exaustiva dos materiais encontrados, sobre os quais foi possível refletir e ter mais propriedade do objeto de estudo, no sentido de tecer considerações essenciais e discorrer sobre a temática, procurando contribuir para outras reflexões deste núcleo do conhecimento. **RESULTADOS**: A Saúde da Família propõe uma mudança do modelo assistencial em saúde, mediante o trabalho centrado nas famílias e com ênfase na prevenção de doenças e promoção da saúde. Neste contexto, é atribuição da equipe de Saúde da Família, trabalhar na lógica da intersetorialidade, ou seja, articular com outros setores a fim de buscar soluções para a diversidade de problemas de saúde de suas comunidades e aumentar a participação social nas decisões do trabalho em equipe, visando ao exercício da cidadania[5]. A participação da comunidade constitui um dos princípios fundamentais do SUS, e implica compartilhamento de poder e responsabilidades na tomada de decisões que, afinal, dizem respeito a todos os envolvidos, e cujo sucesso, será auferido por todos. Por isso, a participação deve ser estimulada e, sobretudo, promovida pelos trabalhadores das UBS e ESF, conforme orienta o Ministério da Saúde[7]. Neste sentido, a equipe de Saúde da Família deve conseguir desenvolver suas atividades específicas de forma a integrar diversos setores diferentes das suas comunidades, permitindo que cada trabalhador complemente a prática do outro. Isso possibilita um trabalho em equipe de forma harmoniosa, com diálogo, reciprocidade e horizontalidade do cuidado, refletindo em uma assistência integral e continuada. Assim, esta integração profissional facilita a criação do vínculo com a comunidade, mediante práticas que permitem aos trabalhadores e usuários participarem conjuntamente das ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. **CONCLUSÃO**: A Saúde da Família baseia-se em um novo modelo de assistência, visando à participação dos trabalhadores e da comunidade, ao considerar os saberes de ambas as partes. Nesse sentido, a equipe de Saúde da Família deve ter clareza de suas atribuições enquanto promotora da ação intersetorial, visando fomentar o envolvimento de outros setores em todos os momentos do seu processo de trabalho. Neste contexto, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um projeto assistencial comum e que os atores desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade de forma que todos possam participar com suas especificidades e contribuir para a qualidade das ações de saúde integral, criando a corresponsabilização não

somente dos trabalhadores profissionais, como também dos próprios usuários, fazendo com que sejam sujeitos ativos no seu processo de saúde.

**Área temática:** Trabalho.

**Palavras-chaves:** Atenção Básica; Equipe; Trabalho.

**REFERÊNCIAS:**

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Vol.4

2. ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M; Trabalho em Equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Rio Grande do Norte: 2006.; 2006.

3. PEDUZZI, M. Multiprofissional healthcare team: concept and typology. Rev. Saúde Pública; v.1; n. 35; 2001.

4. CARVALHO, M. L. Perfil e Relação interprofissional da equipe de saúde do Programa Saúde da Família (PSF) em cidades de pequeno porte. Araçatuba: 2008 118 p.

5. MARIN, M. J. S; MORRO, E; HIGA, E. F. R; ILIAS, M. Caracterizando as ações das equipes da estratégia de saúde da família do município de Marília. Minas Gerais: 2009.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA: SATISFAÇÃO, SAÚDE E CONDIÇÕES DO AMBIENTE DO TRABALHO

# WORK AND QUALITY OF LIFE: SATISFACTION, HEALTH AND ENVIRONMENTAL CONDITIONS OF WORK

# TRABAJO Y CALIDAD DE VIDA: SATISFACCIÓN, SALUD Y MEDIO AMBIENTE CONDICIONES DE TRABAJO

FANTINEL, Nathália Marion1
JAHNKE, Camille Staudt2

1 Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada da Universidade Federal de Santa Maria, ênfase em Atenção Básica/ESF. E-mail: nathaliafantinel@gmail.com
2 Enfermeira. Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada da Universidade Federal de Santa Maria, ênfase em Atenção Básica/ESF.

**INTRODUÇÃO:** O estudo parte da seguinte problemática: como se pode melhorar a qualidade de vida no trabalho no âmbito físico, psicológico, relações social, e meio ambiente dos trabalhadores da saúde de Estratégia de Saúde da Família? A qualidade de vida dos funcionários é influenciada diretamente na execução das suas atividades. As empresas que não investirem nessas estratégias podem obter indicadores negativos referente aos funcionários insatisfeitos, também, esses funcionários podem não utilizar sua máxima capacidade produtiva. Portanto foi intrínseco este estudo em torno da qualidade de vida no trabalho, para que futuramente torne como subsídio para implementações, melhora de hábitos de vida dos profissionais como também essa pesquisa possa contribuir para ampliar conhecimentos nessa área. **OBJETIVOS:** A pesquisa teve como objetivo analisar a produção do conhecimento sobre qualidade de vida no trabalho e, possui como objetivos específicos investigar fatores que influenciam na melhora da gestão da qualidade de vida no trabalho nas empresas, quais são os desafios e perspectivas na gestão da qualidade de vida do trabalho, analisar a evolução dos conceitos sobre qualidade de vida no trabalho. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com publicações disponíveis em meio eletrônico no período temporal de 1999 a 2012. A interpretação e análise dos dados foram realizadas através dos conteúdos pesquisados sobre o tema. O intuito da análise de informação é organizar um grande corpo de informações, de modo que possam ser extraídas algumas conclusões. Dessa forma, após realizar a análise de dados

obtidos foram examinadas segundo os objetivos da pesquisa. **RESULTADOS:** Um avanço muito importante nessa área de saúde do trabalhador foi à criação da Política Nacional da Saúde do trabalhador e Trabalhadora da Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, publicada na seção I, páginas 46 a 51, do D.O.U. de 24 de agosto de 2012, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, consolidando o trabalho em desenvolvimento desde a inserção desse campo como competência do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988. Esta Política visa à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, mediante a execução de ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde. Dentre os objetivos e estratégias da política estão inclusos: o fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador e a integração com os demais componentes da vigilância em saúde e com a atenção primária em saúde; a promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis; a garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador; a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores; o fortalecimento e a ampliação da articulação intersetorial; o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast (Portarias nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002, nº 2.728/GM, de 11 de novembro de 2009, e nº 2.978/GM, de 15 de dezembro de 2011) é uma das estratégias para a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores. Ela tem entre seus componentes os Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador – são 210 unidades habilitadas por todo o País – e 4.195 serviços sentinela de média e alta complexidade capazes de diagnosticar os agravos à saúde que têm relação com o trabalho e de registrá-los no Sistema de informação de Agravos de Notificação.[1] As preocupações ligadas à qualidade de vida estão presentes desde os tempos remotos. Preocupou-se com a segurança do trabalho no descobrimento da metalurgia, entre 4.000 e 3.600 a.c, ao final da idade da pedra e antes da invenção da roda e da escrita quando se percebeu que a produção de ligas de cobre com arsênico causava doenças nos trabalhadores.[2] Nesse caso o autor acrescenta que a segurança no trabalho foi fator de desenvolvimento tecnológico. Euclides 300 a.c de Alexandria fez com que seus ensinos de geometria servissem de inspiração para a melhoria do método do trabalho dos agricultores na margem do rio Nilo, como também nas leis da alavanca, de arquimedes, formulada 287 a.c.[3] No transcorrer do tempo foi pesquisada a qualidade de vida, passando por várias e diferentes concepções e, consideram que os anos 70 foi o marco do seu desenvolvimento.[4] Em 1959 a 1972, QVT como uma variável, reação do indivíduo ao trabalho, era investigado como melhorava a qualidade de vida no trabalho para o indivíduo.[4] Em 1969 a 1974, o foco era o indivíduo antes do resultado organizacional.[4] Já em 1972 a 1975, havia um conjunto de abordagens, métodos e técnicas para melhorar o ambiente de trabalho e tornar esse mais produtivo e satisfatório.[4] Em 1975 a 1980, houve um movimento que tem como declaração ideológica sobre a

natureza do trabalho e suas relações com os trabalhadores com sua organização.[4] De 1980 a 1982, uma panacéia contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e organizacionais.[4] Os autores enumeram como representativos do QVT: resolução participativa de problemas, reestruturação do trabalho, sistema inovativos de recompensa e melhorias no ambiente de trabalho.[4] Atualmente, a qualidade de vida é um dos temas mais comentados e discutidos. A qualidade de vida é a percepção de bem-estar, através das necessidades individuais, ambiente social e econômico como também expectativas de vida[2]. Para atender a essa nova demanda, encontram-se hoje nas empresas muitas ações destinadas à promoção da qualidade de vida no trabalho, onde o enfoque é essencialmente o bem-estar e a gestão integral do ser humano, isto é, foco nas necessidades biológicas, psicológicas e sociais: SIPATs. Ações ecologicamente corretas, administração participativa, estudos de clima organizacional, ações ergonômicas, intervenções pedagógicas empresarias, orientações nutricionais, planos de salários e benefícios, programas de educação financeira, ajustamento psico-social do funcionário, estrutura física adequada, incentivo a prática de esportes e ações de responsabilidade social e cidadania.[2] A saúde do trabalhador é essencial para o desenvolvimento de qualquer instituição, seja ela do setor da saúde ou outro qualquer. Portanto, o que se observa é que cada vez mais as organizações estão cobrando produtividade dos funcionários, sem oferecer condições adequadas para que possam desenvolver suas funções sem prejuízos à saúde.[5]
**CONCLUSÃO:** Frente ao exposto, o trabalho deve ser uma fonte de realização e crescimento, mas nossa realidade está longe disso porque normalmente o que ocorre é exploração, exclusão, opressão, acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. O trabalho deveria ser adaptado às pessoas. Os trabalhadores têm o direito às informações sobre sua saúde e, assim, poder opinar sobre o processo de trabalho e seus reflexos na saúde e ambiente como também em medidas de prevenção e riscos a serem implementadas. Oficinas educativas com novas reformulações dos conteúdos, sempre privilegiando a promoção e prevenção da saúde como também novos temas são de suma importância no que tange a qualidade de vida no trabalho. Além desses aspectos é imprescindível buscar alternativas para a substituição de materiais, processos e produtos perigosos à saúde do trabalhador e ambiente. Os principais aspectos de comunicação entre os funcionários e as chefias, a promoção e status social e, as condições ambientais do mesmo são aspectos que levam os trabalhadores a se desenvolverem e reconhecer em si a necessidade de proceder uma renovação.
**Área temática:** Trabalho.

**Descritores:** Gestão da qualidade; Saúde; Trabalhadores

**Descriptors:** Quality management; Health; Workers

**Descriptores:** Gestión de Calidad; Salud; Trabajadores

**REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

2. França ACL. Indicadores Empresariais de Qualidade de Vida no Trabalho: esforço empresarial e satisfação dos empregados no ambiente de manufaturas com certificação. ISO 9000. Tese de Doutorado. São Paulo: FEA/USP, 1996.

3. Qualidade de Vida no Trabalho – conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. São Paulo: Editora Atlas, 2004.

4. Nadler DA, Lawler EE. Comportamento Organizacional. Rio de Janeiro: Campus, 1983.

5. Delgado LM, Oliveira BRG. Perfil epidemiológico do adoecimento dos profissionais de um hospital universitário. Nursing, 2005; 87 suppl 8: S3654-370.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# EVIDÊNCIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO USO DE MEDICAMENTOS EM TERAPIA INTENSIVA

# SCIENTIFIC EVIDENCE OF PRODUCTION ON ADVERSE EVENTS RELATED TO THE USE OF DRUGS IN INTENSIVE CARE

# EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LA PRODUCCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON EL USO DE DROGAS EN CUIDADOS INTENSIVOS

ARBOIT, Éder Luís1
CAMPONOGRARA, Silviamar2
MAGNAGO, Tânia Bosi de Souza3

1 Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGenf- UFSM, Especialista em Educação Profissional na área da Saúde: enfermagem, Saúde Coletiva e da Família; Terapia Intensiva e Gestão Hospitalar. E-mail: eder.arb@bol.com.br
2 Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br.
3 Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - E-mail: tmagnago@terra.com.br

**Introdução:** o debate sobre questões relacionadas à segurança do paciente tem sido cada vez mais intenso na atualidade. Os sistemas de saúde, em nível mundial, estão buscando intervenções para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados relacionados com a assistência à saúde, tendo em vista a crescente consciência de que muitos pacientes não recebem tratamentos recomendados ou sofrem complicações evitáveis. Com a publicação do relatório "To err is human", em 1999, pelo Instituto de Medicina Americano, a temática da segurança do paciente se tornou parte integrante das políticas públicas de saúde, com o objetivo de melhorar, continuamente, a qualidade dos cuidados médicos. Acredita-se que somente nos Estados Unidos, entre 44 e 98 mil pessoas falecem, por ano, em decorrência de erros médicos[1]. Os eventos adversos são classificados como "com e sem danos", podendo gerar consequências de grande extensão, tanto nos pacientes como para as instituições de saúde[2]. Nas unidades de assistência intensiva, os riscos de erro relacionados ao uso de medicamentos são maiores. Isso se deve ao fato da própria instabilidade do quadro clínico dos pacientes e em consequência da quantidade elevada de fármacos no cotidiano desses pacientes em prol de sua recuperação. Além disso, estas unidades são consideradas importantes por oferecer suporte especializado de assistência à saúde, envolvendo o uso de

recursos tecnológicos e terapêuticos de ponta. Um aspecto importante relacionado ao cuidado de enfermagem e segurança do paciente em terapia intensiva está relacionado à terapia medicamentosa, pois se constitui em um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo inteiro. Diante da problemática exposta, considera-se pertinente inserir a seguinte questão de pesquisa: "Quais as evidências das produções científicas sobre a ocorrência de eventos adversos relacionados à terapia medicamentosa em unidades de terapia intensiva"? **Objetivou-se** analisar as evidências científicas sobre a ocorrência de eventos adversos relacionados à terapia medicamentosa em unidades de terapia intensiva. **Materiais e Métodos:** estudo qualitativo, descritivo, realizado através de uma revisão integrativa da literatura. Para a operacionalização foram seguidos os seguintes passos: identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa e, por fim, a interpretação dos resultados e apresentação da revisão3. O levantamento bibliográfico foi realizado em maio de 2013. A amostra foi obtida a partir da busca *on-line* de publicações abrigadas nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e US National Library of Medicine National Institutesof Health (PUBMED), através do método avançado utilizando-se os descritores enfermagem, erros de medicação, segurança do paciente e unidades de terapia intensiva. Utilizou-se o operador *booleano* "*AND"* não sendo estabelecido recorte temporal. Foram encontradas 53 publicações nas duas bases de dados. Elencou-se como critérios de inclusão: tratar-se de artigo original; ter resumo completo disponível na(s) base(s) de dados e nos idiomas português, espanhol ou inglês; tratar-se de artigo que se reporte ao objeto e que se associe a questões relativas à assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva; artigos disponíveis gratuitamente na íntegra, em formato eletrônico na(s) base(s) de dados. Dentre os critérios de exclusão, elencou-se: artigos de revisão, comentários, editoriais, livros, publicações governamentais, teses e/ou dissertações e relatos de experiência. **Resultados e Discussões:** Após a leitura criteriosa das publicações, selecionou-se 14 documentos que compuseram o corpus de análise. Como ferramenta para a coleta das informações nos artigos selecionados, utilizou-se de um quadro sinóptico. Das 14 publicações analisadas, quatro versam sobre a caraterização dos eventos adversos em terapia intensiva e as demais abordam temáticas relacionadas à prescrição, dispensação, preparo e administração de medicamentos. A abordagem quantitativa foi opção de escolha em onze estudos seguida da qualitativa em três. A equipe de enfermagem foi sujeito de pesquisa em oitos estudos, seguida dos profissionais da saúde, pacientes e documentos com dois estudos em cada grupo. Evidenciou-se que em nove estudos os autores são enfermeiros, dois foram elaborados por farmacêuticos e em três não consta a profissão. Quanto à função que os autores exercem, em onze estudos os autores são professores universitários e nos demais não foi possível encontrar este dado. No quesito titulação, em nove pesquisas o autor principal possui título de doutorado, um possui pós-doutoramento,

outro é mestre e, em três não consta a titulação no artigo. Nove artigos foram publicados no Brasil e os demais são originárias dos Estados Unidos da América, Chile, França, Iran e Itália. Quatro artigos foram classificados com nível de forte e os outros dez artigos como nível fraco[4]. A leitura das publicações permitiu a caraterização dos eventos adversos em terapia intensiva, incluindo situações do cotidiano da enfermagem na utilização de medicamentos. A ocorrência de eventos adversos é multicausal, podendo estar relacionada ao dimensionamento dos profissionais, estrutura física, formação e qualificação profissional, qualidade dos materiais e equipamentos disponíveis nos serviços de saúde, acesso a novas tecnologias e informação, dentre outros fatores que podem contribuir para a ocorrência dos eventos adversos e/ou iatrogenias. Ressalta-se a necessidade de profissionais de enfermagem em número adequado e devidamente instrumentalizados para as demandas do cotidiano no ambiente hospitalar e em especial nas unidades de intensivismo. Os eventos adversos referem-se ao aparecimento de um problema de saúde causado pelo cuidado e não pela doença de base. Assim sendo, acarreta em maior possibilidade de riscos e sérias consequências ou complicações ao usuário. Também impacta sobre os índices de morbidade e mortalidade dos pacientes e o tempo de internação gerando implicações ético-legais e elevados custos hospitalares. Os eventos adversos estão relacionados à prescrição, dispensação, preparo e administração dos diversos tipos de medicamentos utilizados no cotidiano da terapia intensiva. Dentre os fatores predisponentes para a ocorrência desses eventos estão à sobrecarga de trabalho e instrumentalização dos profissionais de enfermagem. Estima-se que cada paciente internado nas instituições hospitalares norte-americanas esteja sujeito a um erro de medicação por dia, e que, anualmente, ocorrem, nesses serviços de saúde, aproximadamente, 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados ao uso de medicamentos[1]. Percebe-se que os profissionais envolvidos na dispensação, preparo e administração de medicamentos precisam ter o conhecimento e o entendimento do conceito do erro de maneira clara, para que possam identificar as situações que propiciam a sua ocorrência. Assim sendo, o profissional de saúde munido destes conceitos pode auxiliar de forma bastante significativa para a minimização de situações que podem causar maiores danos e consequências indesejadas ao paciente. As características dos fármacos frequentemente utilizadas no tratamento dos doentes críticos, ou seja, substâncias vasoativas, anticoagulantes, antibióticos, sedativos, entre outras, são apontadas em vários estudos como predisponentes de ocorrências iatrogênicas em razão do potencial de risco que apresentam. Desse modo, sendo tais drogas de uso comum no cotidiano da enfermagem, requerem atenção especial dos profissionais em qualquer fase do processo, ou seja, da leitura da prescrição à avaliação dos seus efeitos, passando pelo preparo e administração correta. A segurança de um medicamento inicia com a avaliação do seu inerente potencial de risco, com uma prescrição adequada (doses, intervalos, horário, duração), administração (diluições, assepsia, horários, uso ou não de alimentos concomitantes), aquisição (qualidade, boas práticas de fabricação), armazenamento (umidade, temperatura, tempo de validade), dispensação e termina com a adesão do

paciente ao tratamento[5]. **Conclusões:** A realização deste estudo permitiu conhecer com mais propriedade as questões referentes aos eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos em terapia intensiva. A cultura de segurança pode diminuir significativamente os eventos adversos nas instituições de saúde e em especial nas UTIs. Recomenda-se a instituição de cultura de segurança, visando à identificação dos eventos e não somente a utilização de medidas punitivas, como também o mapeamento dos processos de trabalho, a utilização de medidas que estimulam a verbalização das dificuldades e educação permanente constituem-se em medidas importantes para a redução dos eventos adversos. O estudo revela que a grande maioria das publicações foram produzidas no meio acadêmico, mostrando que há uma lacuna entre a academia e a assistência, fato este que deve ser reforçado aos profissionais que atuam na assistência direta ao usuário, minimizando desta forma a possibilidade de ocorrência dos eventos adversos, visto que a exclusão destes é bastante remota. A necessidade de uma compreensão de estratégias para prevenção da ocorrência destes eventos, por meio da produção de conhecimento científico, constitui-se em importante forma de controle e redução de tais eventos o que, em consequência pode contribuir na qualificação da assistência de enfermagem e na avaliação dos serviços prestados por essa categoria profissional. Diante destes dados ressalta-se a necessidade de ampliar as pesquisas a nível mundial e em especial no Brasil, com especial atenção para estudos de revisões sistemáticas, ou metanálise, pesquisas com ou sem randomização e bem delineados a fim de explorar com maior ênfase a temática da segurança do paciente minimizando os eventos adversos advindos da assistência nos serviços de saúde. Porém cabe lembrar que os estudos de abordagem qualitativa e descritivos são merecedores de maior valorização tendo em vista que muitas vezes eles têm como propósito avaliar situações muito subjetivas que não podem ser mensuráveis quantitativamente.

ÁREA TEMÁTICA: Segurança do Paciente

**DESCRITORES:** Enfermagem; Erros de Medicação; Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva.

**REFERÊNCIAS**

1. Hyzy R, Posa P, Scales DC. System-level quality improvement initiatives: lessons from Keystone and other large-scale projects. Semin Respir Crit Care Med**;** 33 (4):370-4, 2012 Aug.

2. Henneman EA, Gawlinski A, Giuliano KK. Surveillance: A strategy for improving patient safety in acute and critical care units. Crit Care Nurse. 2012 Apr; 32(2): p.9-18.

3. Paula, Cristiane Cardoso. Revisão integrativa de pesquisa [CD-ROM]. Santa Maria; 2011.

4. Stillwell, SB; fineout-overholt, E.; Melnyk, BM.; Williamson, KM. Searching for the Evidence Strategies to help you conduct a successful search. AJN, May, 2010, Vol. 110, No. 5

5. Ortega, Daniela Bevenides; D'innocenzo, Maria. Análise de erros de medicação sob a ótica de auxiliares/técnicos de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Nursing, (São Paulo); 14(164): 48-52, jan. 2012.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

CAMPONOGARA, Silviamar 1
TOLFO, Fernando2

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br
2 Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf/UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: fernandotolfo@gmail.com

**INTRODUÇÃO:** Os avanços científicos, tecnológicos e farmacológicos, permitiram que se abrisse o leque da utilização de órgãos e tecidos para o tratamento de uma variedade de doenças. Garcia (2006) relata que, em aproximadamente três décadas, o transplante de órgãos evoluiu de um procedimento relativamente arriscado, realizado apenas em pacientes com doença renal grave, para uma intervenção terapêutica eficaz em pacientes com doenças terminais do coração, fígado e pulmão. O sucesso dos transplantes de órgãos para o tratamento de muitas doenças possibilitou que um maior número de pessoas usufruíssem dessa tecnologia, no entanto, a obtenção de órgãos para suprir esta demanda não é suficiente. Por isso, a Assembleia Mundial da Saúde, órgão máximo de decisão da Organização Mundial da Saúde – OMS, faz referência à escassez de doadores de órgãos para transplantes durante a 63º Assembleia Mundial da Saúde em 2010, quando expressou estar consciente da magnitude e a utilidade, cada vez maior, de transplantes de células, tecidos e órgãos humanos para uma vasta variedade de afecções, tanto em países com baixos ou altos recursos. (OMS, 2010). Com a utilização de órgãos para diferentes tratamentos de doenças, a demanda por órgãos aumentou, enquanto a oferta de órgãos não acompanhou este crescimento. Esta demanda acarreta em um período de tempo, às vezes longo, na fila de espera por um transplante, no Brasil, a qual é vivenciada por milhares de brasileiros que integram essas listas. Segundo a Central Nacional de Transplantes, a lista de espera de pacientes que esperam por um órgão ou tecido, era de 63.975 brasileiros, em 2006. (BRASIL, 2013). O Brasil tem um programa de transplantes bem consolidado, mas que deve ser zelado para que o crescimento dos últimos anos seja sustentado. A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO (2013) afirma que a regulamentação do programa é justa, mas depende da atuação de vários profissionais em sequência, desde a identificação dos potenciais doadores até a efetivação dos transplantes e seu acompanhamento ambulatorial. Apesar de estar entre os países mais populosos do mundo, o Brasil detém um índice de doadores por milhão de pessoas ainda baixo. Em relatório da

ABTO, o Brasil bateu recorde ao registrar 13,6 doadores por milhão de pessoas no ano de 2012. A lei Nº 9434/97 e regulamentada pelo decreto 2268/97, introduziram dentre inúmeras outras modificações, o consentimento presumido para a utilização de órgãos de doador cadáver. (BRASIL, 1997). Essa medida foi, posteriormente, alterada, em 1998, através de uma Medida Provisória (MP1718), que passava a decisão da doação de órgãos para família. (BRASIL, 1998). A ABTO (2013) diz que a recusa familiar foi de 41% das notificações de potencial doador entre 2005 e 2012, no Brasil. ALENCAR (2006) e CINQUE (2009) relatam que a recusa familiar está implicada em vários fatores, sendo que, grande parte, está relacionado à postura profissional, zelo pelo potencial doador, comunicação transparente e sincera com os familiares. O enfermeiro desempenha papel crucial no estabelecimento de um programa de transplante de sucesso (MENDES et al, 2012). Segundo Floden e Foresberg (2009) a enfermeira (o) da UTI é o profissional que está mais próximo de um doador em potencial devido à prestação de cuidados a ele e também mantém a relação com a família seja por um curto ou longo período. Desta forma, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, tornam-se referência para as familiares, mantendo-os informados, consolando, e vivenciando as condições de saúde de seus entes queridos internados. Diante disso, torna-se crucial desenvolver estudos que ofereçam subsídios sobre a atuação do enfermeiro no processo de doação e transplante de órgãos, como forma de melhor fundamentar esse trabalho e todas as implicações dele decorrentes. Para tanto, a busca de informações sobre o assunto, constitui-se em principal fator motivador deste trabalho, que tem como questão de pesquisa: Quais produções científicas sobre enfermagem e doação de órgãos estão disponíveis no Banco de Dissertações e Teses da Capes? **OBJETIVO**: Conhecer as produções científicas disponíveis *online* no Banco de Teses e Dissertações da CAPES, acerca da temática doação de órgãos e enfermagem. **METODOLOGIA**: trata-se de uma revisão narrativa, que visa descobrir o que se tem produzido sobre a temática a nível nacional no Portal de Teses e dissertações da CAPES. Foram utilizados os descritores "Enfermagem" e "Doação de Órgãos". A busca foi efetivada no período de Maio e Junho de 2013 e sem recorte temporal. Todas as produções foram incluídas, por trazerem conhecimentos relevantes sobre a temática. Foram encontradas no total 14 teses e/ou dissertações. Após a leitura dos resumos as teses e dissertações foram agrupadas em três categorias, são elas: Educação e conhecimento do enfermeiro sobre a doação e seus processos, gestão e organização dos processos de doação de órgãos, e aspectos familiares envolvidos com a doação e transplantes. Foi realizado a análise das teses e dissertações a partir das categorias. **RESULTADOS E DISCUSSÃO**: Foram encontrados 14 teses/dissertações com os descritores, sendo que, a maioria foi produzida na Região Sudeste (57%), seguido da região Sul (36%), e Região Nordeste (7%). Após a leitura e análise dos resumos pôde-se, categorizar as teses e dissertações em três categorias temáticas. A primeira refere-se a **educação e conhecimento do enfermeiro sobre a doação e seus processos** (50%). Segundo os estudos, o domínio desse conhecimento possibilita um melhor manejo com o

potencial doador e sua família favorecendo a doação de órgãos. Em estudo realizado sobre as atitudes da equipe assistencial em relação a doação de órgãos Vicari (2010) aponta que os profissionais de nível superior apresentaram uma atitude mais positiva em relação aos de nível médio e fundamental. Perpassando mais segurança, transparência e confiabilidade no processo de doação para a população. Silva (2009) afirma que os enfermeiros possuem conhecimento sobre o conceito de Morte Encefálica – ME e de todas as suas fases. Porém Araújo (2012), Lemes (2004), Porto (2011) e Souza (2010), contradizem Vicari (2010) quando alertam para o conhecimento limitado do profissional enfermeiro com relação à doação e transplante de órgãos, despreparo da equipe de enfermagem, e falta embasamento teórico para refletir sobre os conflitos éticos, que, muitas vezes, remetem o profissional a situações de estresse. Essa questão, de acordo com Velame (2010) tem relação com o sentido existencial do enfermeiro frente ao potencial doador de órgãos. A segunda categoria revela aspectos relacionados **à gestão e organização dos processos de doação de órgãos** (28%). Nesse sentido, as investigações apontam que novos modelos de gestão e organização são necessários para aumentar a oferta de órgãos. Caldonha (2002) evidenciou a participação do enfermeiro enquanto profissional empreendedor, quando relatou a atuação do enfermeiro na organização de serviços de Banco de Ossos. Um estudo apontou também questões como a criação de fluxogramas em unidades hospitalares que tinham como objetivo facilitar a sistematização das etapas de notificação de morte encefálica (VIRGINIO, 2012). Outro estudo, realizado por PRUINELLI (2008), faz referência ao poder de influência da mídia, e faz alusão às estratégias biopolíticas para conduzir à população em torno da possibilidade de doação de órgãos. Esses dados são reafirmados por GARCIA (2000), que, ao fazer avaliação do modelo de gestão e organização do Sistema Nacional de Transplantes no ano de 2000 sugere novas políticas nacionais para o sucesso da doação e transplantes de órgãos. O autor enfatiza ainda a importância de um novo modelo organizacional, em quatro níveis (federal, estadual, regional e hospitalar), além de medidas educacionais como: curso de capacitação para coordenadores de transplante, criação de uma disciplina específica sobre o assunto nos cursos de medicina e enfermagem. Na terceira categoria algumas produções abordaram sobre os **aspectos familiares envolvidos com a doação e transplantes** (22%). Em pesquisa realizada com doadores de sangue, Santos (2008) considerou que questões sociais, culturais e familiares, são relevantes quando se trata de captação e retorno desses doadores. Cinque (2009) acrescenta que identificou os seguintes estressores experimentados pelos familiares: a insatisfação pela assistência prestada, a forma com que foi transmitida a notícia da ME, e o medo e desconfiança do processo de doação. Alencar (2006) afirma que a falta de informações específicas e de apoio vivenciado pelos familiares, tornam difícil o enfrentamento e discussão do processo de doação. **CONCLUSÕES**: Percebe-se que vários fatores influenciam no papel do enfermeiro frente ao processo de doação e transplante de órgãos. E que o profissional enfermeiro deve apoderar-se de conhecimento sobre doação e transplante, para que dificuldades relacionadas a estresses e conflitos éticos possam ser

superadas. Ao superar tais conflitos e estresses o enfermeiro passa a transmitir mais confiança, e transparência tanto para a equipe multidisciplinar como para os familiares, fortalecendo, assim, a veracidade e a legalidade do Programa Nacional de Doação e Transplante de Órgãos. Os estudos também trazem informações pertinentes aos enfermeiros sobre o processo de doação de órgãos, e abordam este conhecimento em diversas áreas da saúde. Porém não há evidências de estudos sobre enfermeiros de Comissão Intra-hospitalar de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHCOTT). Sugere-se então, que estudos sobre a atuação do enfermeiro em CIHCOTTs sejam realizados, no intuito de aprofundar-se o debate sobre o assunto.

**REFERÊNCIAS**

ALENCAR, S. C. S. de. **Doação de órgãos e tecidos: a vivência dos familiares de crianças e adolescentes doadores**. 2006 156p. Mestrado. UFPR Biblioteca Depositaria: Biblioteca Central da UFPR.

ARAÚJO, M. N. de. **Conflitos éticos de enfermeiros no processo de doação de órgãos para transplante**. 201262p. Mestrado. USP. Biblioteca Depositaria: Wanda de Aguiar Horta

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2005-2012)** Registro Brasileiro de Transplante – RBT. Veículo Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Ano XVIII Nº 4 . 2013.

BRASIL. **Lei 9434/97**. Disponível no sitio: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis /l9434.htm acesso em 17/06/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lista de espera para Transplante**. Disponível na página da internet: http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/index_gestor.htm. acesso em 2013.

CALDONHA, A. M. **Enfermagem Empreendedora – Banco de Ossos: Da Implantação à assistência**. 2002 230p. Doutorado. USP/ Ribeirão Preto – Enfermagem Fundamental. Biblioteca Depositaria: Biblioteca Central.

**CINQUE, V., M. Fatores de stress vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. 2009** 1v. 112p. Mestrado. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - ENFERMAGEM NA SAÚDE DO ADULTO Biblioteca Depositaria: Biblioteca da EEUSP "Wanda de Aguiar Horta.

FLODÉN, A. FORSBERG, A. **A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors.**Revista Intensive and Critical Care Nursing.Ano de Publicação2009 . PMID: 19608419 [PubMed - indexed for MEDLINE]

GARCIA, V. D. **Artigo Especial: A política de transplantes no Brasil**. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 50 (4): 313-320, out.-dez. 2006.

GARCIA, V. D.. **Avaliação das atividades da coordenação de transplante do Rio Grande do Sul e proposta de uma política de transplantes para o Brasil**. 2000 322p. Doutorado. USP. Biblioteca Depositaria: Faculdade de Medicina – USP.

LEMES, M. M. Del D. **A manutenção de potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem**. 2004 195p. Mestrado. UFMG. Biblioteca Depositaria: Baeta Vianna.

MENDES K.D.S, ROZA B.A., BARBOSA S.F.F., SCHIRMER J., GALVÃO C.M.Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 945-53.

Organização Mundial da Saúde. **Trasplante de órganos y tejidos humanos.** 63.ª Asamblea Mundial de La Salud. WHA 63.22 Punto 11.21 delordendeldía 21 de mayo de 2010

PORTO, S. N.de S. **O Conhecimento de enfermeirossobre ensino de ciências da saúde e do ambiente intensivistas ao cuidar do paciente morto encefálico potencial doador de órgãos**. 2011 92p. Centro Universitário Plinio Leite.

PRUNELI, L. **Mídia e doação de órgãos : a produção de sujeitos doadores**. 2008 78p. Mestrado. UFRGS, Biblioteca Depositaria: EENF/UFRGS

SANTOS, N. L. P. dos. **As necessidades de saúde dos candidatos a doadores de sangue na triagem clínica em hemoterapia**. 2008 138p. Doutorado. Biblioteca Depositaria: Setorial de Pós-graduação/ EEAN e ABEn-Nacional UNIRIO.

SILVA, C. R. M. da.**Enfermeiros no Processo de Manutenção de Potenciais Doadores de Órgãos para Transplante**. 2009 89p. Mestrado. UNIRIO. Biblioteca Depositaria: Setorial da UNIRIO

SOUZA, S. S. de. **Estratégias de Enfrentamento da enfermagem no cuidado ao potencial doador de órgãos**. 2010 98p. Mestrado. UFSC Biblioteca Depositaria: UFSC.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Comitê de Bioética. **Decreto 2268/97**. Disponível no site; http://www.bioetica.ufrgs.br/dec2268.htm. Acesso em 17/06/2013.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Comitê de Bioética. **Medida Provisória 1718/98.** Disponível no site;http://www.bioetica.ufrgs.br/mp1718.htm. Acesso em 17/06/2013

VICARI, A. R. **Atitudes da equipe assistencial em relação a doação de órgãos em hospitais de Porto Alegre**. 201095p. Mestrado. UFRGS Biblioteca Depositaria: FAMED.

VIRGINIO, B. C. de A. E. **Gerência do Cuidado de Enfermagem no Processo de Notificação de Morte Encefálica em uma Unidade de Terapia Intensiva – A Construção de um Fluxograma Gerencial**. 2012 123p. Profissionalizante. Universidade Federal Fluminense. Biblioteca Depositaria: UFF.

# INSERÇÃO DE ENFERMEIROS EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES

FANTINEL, Nathália Marion1
GEWEHR, Melissa[1]
JAHNKE, Camille Staudt2
SKREBSKY, Bruna[1]
WEILLER, Terezinha3

1 Enfermeiras residente da Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
2 Relator, enfermeira especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde e Residente da Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
3 Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa, Trabalho, Educaçâo, Saúde e Enfermagem da UFSM.

**Introdução:** Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde constituem uma modalidade de ensino de Pós-graduação *Lato Sensu* para profissões da área da saúde. Esses programas têm duração de 24 meses, equivalendo a uma carga horária mínima de 5760 horas, sendo 20% dessas destinadas às atividades teórico e teórico-práticas e, 80% às atividades práticas. A carga horária estabelecida é distribuída em 60 horas semanais, devendo ser cumpridas em regime de tempo integral e dedicação exclusiva, com direito a uma folga semanal. O objetivo dessa modalidade de pós-graduação é formar profissionais de saúde qualificados na especialidade escolhida com competências tecnica-científicas, sociopolitico e ético-humanista orientado pelos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, tendo como lastro os dispositivos da gestão e atenção à saúde ampliada, visando qualificar profissionais com competências para atuar em diferentes níveis de atenção, de modo interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional, considerando as prioridades locorregionais. Os Programas de Residência devem adotar estratégias de ensino/formação que fomentem a articulação entre graduação e pós-graduação; entre ensino, serviço e políticas públicas de saúde; mobilizando, construindo e disponibilizando novos conhecimentos, tecnologias e informações que assegurem a construção da integralidade da atenção, desencadeando processos de mudança no modelo de prestação de serviços ao Sistema Público de Saúde (UFSM, 2012). A integração entre ensino-serviço-comunidade deve visar à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços. No programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de

Santa Maria (UFSM), estão vinculadas as profissões de terapia ocupacional, nutrição, assistência social, educação física, odontologia, fonoaudióloga, fisioterapia, farmácia, psicologia e enfermagem. Seguindo a reflexão ensino-serviço, torna-se relevante sinalizar a importância da integração multiprofissional, uma vez que para praticar a integralidade, princípio este o qual está inserido dentro do SUS, faz-se necessário a abordagem interdisciplinar, onde esta propõe desmistificar o modelo hegemônico de saúde e a assistência fragmentada do ser humano em busca da superação da dicotomia saúde-doença. Observa-se, contudo, que a multidisciplinariedade sozinha não é capaz de mudar este paradigma, sendo necessário o compromisso dos profissionais envolvidos no processo, havendo maior dinamismo no processo de trabalho ( FRANCO, 2000). **Objetivo:** O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de enfermeiras após sua inserção no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde na UFSM, área de concentração Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Metodologia:** Este estudo consiste em um relato de experiência de caráter descritivo de quatro residentes de Enfermagem egressas no Programa de Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde da UFSM, área de concentração Atenção Básica/ESF. Os residentes pertencentes ao estudo estão distribuídos em três Estratégias de Saúde da Família, onde atuam de forma multidisciplinar, juntamente com colegas residentes de outras áreas de atuação e membros da equipe de saúde da sua Unidade de referência. **Resultados Principais:** Desenvolver profissionais capazes de atuar nas necessidades colocadas pelo Sistema Único de Saúde é um desafio para as instituições formadoras e seus formandos (PERRENOUD, 2002). A partir desse contexto, os programas de Residência Multiprofissional em saúde se inserem, a fim de desenvolver nos profissionais de saúde competências para o trabalho no SUS, articulando os conhecimentos adquiridos na formação inicial (núcleo) com a complexidade dos determinantes de saúde da população (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2009). Nessa perspectiva, na organização do programa da UFSM, o enfermeiro da Atenção Básica tem o papel de articular a equipe de referência do território com os residentes de outras áreas de atuação que atuam no território fixamente ou através do apoio matricial. Nessa articulação desenvolve ações de campo e de núcleo. De acordo com Campos (2000), o núcleo pode ser entendido como uma aglutinação de conhecimentos que remete a identidade de uma área de saber e de prática profissional, enquanto o campo refere-se a um espaço de limites imprecisos onde cada profissão busca apoio em outras para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Na Estratégia da Saúde da família, o enfermeiro integra a equipe de referência da Unidade de saúde. Essa equipe é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários (equipe básica) que tem o intuito de vinculação com usuários ou famílias definidas a partir de critérios demográficos, epidemiológicos, vinculados a uma ESF. A equipe de referência é responsável pelos usuários do seu território adstrito, acompanhando-os ao longo do tempo nos aspectos que envolvem as questões de saúde e de doenças. Na experiência enquanto residente, os quatro enfermeiros adstritos também assumem o papel de profissional de

referência para os demais residentes provenientes de outros núcleos de saber, ocorrendo assim, construção de ações compartilhadas e atuação crítica. Através dessa equipe multiprofissional é favorecido o princípio do SUS da integralidade de atenção a saúde. Na construção de vínculo e na integralidade da atenção dos usuários sob-responsabilidade da Equipe de Referência, um número significativo de casos passa a exigir a intervenção de outros núcleos de conhecimentos. Nesse momento entram em cena os conhecimentos, em geral especializados, organizados no programa de Residência Multiprofissional sob a forma de Apoio Matricial. Esse oferece ao mesmo tempo retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes. No caso em estudo, o Apoio foi constituído pelos seguintes núcleos profissionais: nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social. Assim sendo, a formação enquanto residente integra o trabalho, a educação e a atuação multiprofissional como equipe de saúde, neste sentido, o campo e núcleo estão em articulação permanente a fim de levar a promoção de saúde á população. Além disso, há integração entre ensino, serviço e gestão do SUS. A Residência é, portanto, o ensino em serviço, capaz de atuar de forma interdisciplinar e intersetorial, na lógica do trabalho em equipe, levando em conta o contexto e características da população adscrita. Portanto, ao cumprir seu papel, os programas de Residência Multiprofissional vêm de encontro com a necessidade especializar profissionais para atuação no SUS, buscando desenvolver aprendizagem para a atenção integral à saúde, que envolve o acolhimento dos usuários, estabelecimento de vínculos, responsabilização pelo cuidado à saúde, ampliação da resolutividade da ação assistencial e estímulo à autonomia das pessoas. **Conclusões:** Diante das expectativas propostas pelo Programa de Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde, busca-se a melhoria do serviço de atenção à saúde em que os residentes estão inseridos através da junção teoria e prática, contribuindo não só para a otimização do processo de educação permanente em saúde, mas também na melhoria do cuidado prestado nas Estratégias de Saúde da Família. A Residência Multiprofissional traz repercussões, tanto para educação em enfermagem, quanto para a sociedade que recebe os cuidados qualificados e diferenciados. Crê-se que experiências na forma de educação continuada em saúde, juntamente com a intervenção núcleo e campo tem por objetivo a realização de ações que provoquem a mudança no serviço de saúde, bem como, o desenvolvimento de profissionais de saúde competentes para o trabalho no Sistema Único de Saúde. A residência contribui no processo de qualificação profissional do enfermeiro, ou seja, permitindo aprimoramento das habilidades técnicas, capacidade de tomada de decisões, incentiva a prática com autonomia e reconhecimento de aspectos éticos, sociais e científicos como também valoriza a integração da equipe multiprofissional. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um campo rico para que o residente realize sua prática conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde e esta vivência têm permitido os residentes o reconhecimento da participação fundamental do enfermeiro em ESF desempenhando atividades administrativas, assistenciais e de educação em saúde junto com a equipe.

Á**rea temática:** Trabalho

**Descritores:** Residência Multiprofissional, Estratégia de Saúde da Família e Enfermagem.

**Referências**

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

FRANCO, TB, MEHRY, EE. PSF: contradições e novos desafios. In: Conferência Nacional de Saúde. Tribuna Livre. 2000. Acesso em 24 jul 2013. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Saúde Soc,** São Paulo, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

PERRENOUD, P. **A prática reflexiva no ofício de professor**: profissionalização e razão pedagógica. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

Universidade Federal de Santa Maria. **Regimento Interno dos Programas de Residência Multiprofissional em área Profissional da Saúde/ UFSM.** Santa Maria: UFSM, 2012.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# RELAÇÕES ENTRE SOFRIMENTO MORAL E SÍNDROME DE *BURNOUT* NAS VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

# MORAL DISTRESS AND BURNOUT SYNDROME RELATIONS IN NURSING STAFF'S DAY-TO-DAY WORKING EXPERIENCES

# RELACIONES ENTREANGUSTIA MORAL Y SÍNDROME DE *BURNOUT* EN LAS EXPERIENCIAS PROFESIONALES DE LOS TRABAJADORES DE ENFERMERÍA

DALMOLIN, Graziele de Lima1
LUNARDI, Valéria Lerch2

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (DEnf/UFSM). Email: grazi.dalmolin@gmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/FURG). Pesquisadora CNPq. Email: vlunardi@terra.com.br

**Introdução:** No cotidiano de trabalho da enfermagem, os seus trabalhadores podem vivenciar problemas morais, os quais ocorrem quando há diferenças de percepção sobre uma mesma situação, as quais não são comunicadas, compreendidas e nem resolvidas adequadamente, podendo lhes provocar sofrimento moral, o qual pode, por sua vez, estar associado ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*, visto apresentarem manifestações emocionais e físicas semelhantes. O sofrimento moral refere-se a dor ou angústia que afeta a mente, corpo ou relações interpessoais no ambiente de trabalho, em resposta a uma situação na qual o trabalhador reconhece sua responsabilidade moral diante dos conflitos e faz um julgamento moral sobre a conduta correta, porém se vê impedido de executá-la na prática por constrangimentos, reconhecendo como inadequada sua participação moral[(1)]. Já a síndrome de *burnout* é um fenômeno complexo e multifacetado que afeta os aspectos do bem estar dos trabalhadores da saúde e a qualidade do atendimento prestado[(2)]. Esses fenômenos apresentam manifestações que parecem estar fortemente relacionadas à dificuldade de exercício de poder dos trabalhadores de enfermagem nas tomadas de decisão, o que os faz agirem, muitas vezes, contrariamente às suas crenças e valores, negando seus conhecimentos. Esses fenômenos associam-se, ainda, a fatores como baixa autonomia, sobrecarga de trabalho, remuneração inadequada, recursos materiais insuficientes e dilemas éticos e morais, com os quais os trabalhadores de enfermagem parecem conviver numa aparente normalidade em seus cotidianos, sem a realização de enfrentamentos em seus ambientes de trabalho. Ao se considerar essa referida

impotência/dificuldade de exercer poder e a baixa autonomia, faz-se necessário, analisar as problematizações do cotidiano, através das quais há a possibilidade de reconhecimento de si e das práticas que permitem essas problematizações[3]. **Objetivos:** Apresentou-se como objetivo geral identificar relações entre sofrimento moral e *burnout* nas vivências profissionais dos trabalhadores de enfermagem; e como objetivos específicos: identificar a frequência e intensidade de sofrimento moral vivenciada por trabalhadores de enfermagem; avaliar a ocorrência da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem; e, identificar as dimensões do *burnout* mais significativamente associadas ao sofrimento moral. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa, constituindo-se uma pesquisa *survey*. Foi realizado em três instituições hospitalares (H1, H2 e H3) do sul do Rio Grande do Sul, localizadas em dois distintos municípios (M1 e M2). Os sujeitos do estudo foram enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes nessas instituições. Utilizou-se de uma amostra não-probabilística por conveniência, seguindo o critério de escolha dos participantes pela sua disponibilidade em participar da pesquisa no momento da coleta dos dados. Os dados foram colhidos, de outubro de 2010 a julho de 2011, mediante questionário para caracterização dos sujeitos, uma adaptação do *Moral Distress Scale* e o instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI), ambos traduzidos, normatizados e validados para uso no Brasil. Para análise dos dados, utilizou-se de estatística descritiva; análise de variância (ANOVA); análise bivariada com utilização da correlação de Pearson; e, análise multivariada, através de regressão múltipla. A validação dos dados ocorreu através da análise fatorial e alfa de *Cronbach*. Para o sofrimento moral foram validados quatro constructos denominados *Falta de competência na equipe de trabalho, Desrespeito a autonomia do paciente, Condições de trabalho insuficientes* e *Obstinação terapêutica*. Para o *burnout* foram validadas as três dimensões que o caracterizam, *exaustão emocional, realização profissional* e *despersonalização*. **Resultados:** A partir da análise dos dados foram construídas três categorias. Na primeira categoria, intitulada "Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem: quem vivencia maior sofrimento moral?" demonstrou-se que enfermeiros e auxiliares de enfermagem possuem médias mais elevadas de percepção de sofrimento moral comparados aos técnicos de enfermagem. Em relação às características pessoais e do ambiente de trabalho, constatou-se que o sofrimento moral parece manifestar-se mais em situações e ambientes em que não são realizadas reuniões na equipe de trabalho e há poucas possibilidades de diálogo com chefias e instituição; da mesma forma, em locais em que não ocorrem ações de educação permanente. Dessa forma, associa-se a vivência de sofrimento moral, principalmente, a organização do ambiente de trabalho, que não privilegia espaços de discussão, problematização, reflexão e valorização de situações vivenciadas no cotidiano do trabalho que podem demandar continuamente enfrentamentos dos trabalhadores. Percebeu-se que a vivência de sofrimento moral nos quatros constructos identificados nessa pesquisa parece articulada à dificuldade de exercício de poder pelos trabalhadores de enfermagem, dificuldades de resistir e enfrentar a quem representa poder nos micro-espaços dos

ambientes de trabalho, ou seja, dificuldade de estabelecer pontos de resistência nas relações de poder, o que pode comprometer sua integridade[4]. A segunda categoria foi denominada "*Burnout* em trabalhadores de enfermagem do sul do Rio Grande Do Sul"**,** demonstrando que esses trabalhadores de enfermagem apresentaram níveis de baixo a moderado nas dimensões de *exaustão emocional* e *despersonalização* e, de moderado a alto em *realização profissional*, fatores que são influenciados também por características dos trabalhadores e seus ambientes de trabalho. Ou seja, observou-se que alguns itens avaliados como: reuniões na equipe de trabalho e possibilidade de diálogo com instituição, chefias e equipe de enfermagem influenciam a ocorrência das três dimensões do *burnout*, isto é, constatou-se que os trabalhadores de enfermagem que responderam não vivenciar esse tipo de comunicação na instituição apresentaram maior *exaustão emocional* e *despersonalização*, ao mesmo tempo que apresentaram menor *realização profissional*. Por fim, na terceira categoria "Sofrimento moral e síndrome de *burnout*: existem relações entre esses fenômenos na enfermagem?" verificou-se a existência de uma correlação baixa entre sofrimento moral e *burnout*, além de uma possível correlação positiva entre obstinação terapêutica e *burnout*, e uma correlação negativa entre realização profissional e sofrimento moral. Pode-se dizer que os trabalhadores de enfermagem parecem enfrentar dificuldades de resistir, em seus ambientes de trabalho, especialmente, nas situações que lhes geram desgaste e sofrimento moral. Ao analisar as questões que compuseram a dimensão de obstinação terapêutica, foi possível apreender que o sofrimento moral ocorre quando os trabalhadores de enfermagem realizam procedimentos que acreditam ser desnecessários, atuando, assim, contra os seus próprios valores e conhecimentos. Assim, ao se considerar as questões apresentadas, pode-se dizer que os enfrentamentos pelos trabalhadores de enfermagem, do que consideram os melhores cuidados aos seus pacientes, são relevantes e necessários para a manutenção da realização profissional, para que se sintam respeitados, valorizados e estimulados em seus ambientes de trabalho. **Conclusão:** Parece evidente a necessidade de implementação de ações de melhoria das condições de trabalho e da comunicação nos ambientes de atuação da enfermagem, favorecendo os enfrentamentos, as tomadas de decisão, o exercício da autonomia, e, principalmente, a qualidade do cuidado de enfermagem e saúde/satisfação de seus trabalhadores para que possam expressar seus valores e saberes, em defesa dos valores profissionais e dos direitos dos pacientes.

**Área Temática:** Trabalho

**Descritores:** Ética em enfermagem; Enfermagem; Moral; *Burnout.*

**Referências:**

1. Nathaniel A. Moral Distress Among Nurses. The American Nurses Association Ethics and Human Rights Issues Updates. 2002;1(3):3-8.

2. Peterson U, Demerouti E, Bergström G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A . Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. J Adv Nurs 2008; 62: 84–95.

3.Foucault M. História da sexualidade II: O uso dos prazeres. São Paulo: Graal;1984

4.Foucault M. Microfísica do poder. 26.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A VIVÊNCIA DE SOFRIMENTO MORAL PARA ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

# THE MORAL DISTRESS EXPERIENCE FOR NURSES, NURSING TECHNICIANS AND AUXIALIARY STAFF

# LA EXPERIENCIA DEL ANGUSTIA MORAL PARA ENFERMEROS, TÉCNICOS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA

DALMOLIN, Graziele de Lima1
LUNARDI, Valéria Lerch2
WACHHOLZ, Aline3

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: grazi.dalmolin@gmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/FURG). Email: vlunardi@terra.com.br
3 Enfermeira. Professora Temporária do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA- campus Uruguaiana). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira-Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf FORS).

**Introdução:** Atualmente, com os recentes e contínuos avanços científicos e tecnológicos, muitos valores têm sido relegados a um segundo plano, constituindo, diariamente, novos desafios no campo da ética, os quais podem ser caracterizados por conflitos e situações dilemáticas que, diante de suas particularidades, tornam mais complexo o exercício de determinadas profissões, como a enfermagem(1). Esses conflitos estão ligados à ocorrência de problemas éticos e morais, dilemas morais e sofrimento moral. Problemas morais envolvem situações conflituosas entre um ou mais valores morais e incerteza sobre o curso de ação correto, tanto nos níveis individual, interpessoal, organizacional e social. Dilemas morais são percebidos em situações em que se têm dois ou mais cursos possíveis de ação e razões igualmente imperiosas, em que a escolha de uma ação implica a renúncia das outras. Já sofrimento moral ocorre em situações em que os profissionais sabem ou acreditam conhecer a ação correta a ser seguida, mas por várias razões, como medo ou circunstâncias que ultrapassam sua competência, não conseguem seguir com esse curso de ação ou evitar danos particulares, podendo ter seus valores e identidades de agentes morais comprometidos(2). O sofrimento moral na enfermagem tem sido associado à organização do trabalho, envolvendo a insuficiência de recursos materiais e humanos, relações

interpessoais, falta de respaldo institucional para o exercício de autonomia da enfermeira, desrespeito aos direitos dos pacientes e apresenta, ainda, impactos sobre a habilidade desses trabalhadores em advogar pelos pacientes, com a negação desse papel de defesa, assim trazendo implicações para a vida dos trabalhadores de enfermagem, tanto na dimensão pessoal, com sinais emocionais e físicos, como na dimensão profissional, relacionadas à satisfação no trabalho e ao abandono da profissão. **Objetivo:** identificar a freqüência e intensidade de sofrimento moral vivenciada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam em hospitais no sul do Rio Grande do Sul. **Metodologia**: Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo exploratório-descritiva, constituindo uma pesquisa *survey*, realizada com trabalhadores de enfermagem de três instituições hospitalares do sul do Rio Grande do Sul, localizadas em dois municípios diferentes. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados uma adaptação do *Moral Distress Scale* (MDS) ajustado ao contexto de realização da pesquisa[3], composto por 39 questões, em escala tipo *Likert* de sete pontos. Consideraram-se como sujeitos de pesquisa os trabalhadores de enfermagem das três instituições, o que representa um número de 1213 indivíduos, compondo-se uma amostra não-probabilística por conveniência, porém através de fórmula de seleção do tamanho amostral, estimou-se um número mínimo de 295 sujeitos para realização de exames estatísticos. Assim, a amostra final para análise dos dados foi composta por 334 sujeitos. Após a coleta de dados, dois testes estatísticos foram realizados para garantir a validade do instrumento: a análise fatorial e o alfa de *Cronbach*. Das 39 questões propostas, inicialmente, 20 foram validadas e agrupadas em quatro dimensões – *falta de competência na equipe de trabalho*, *desrespeito a autonomia do paciente*, *condições de trabalho insuficientes* e *obstinação terapêutica.* As quatro dimensões propostas explicam 67,68% da variação das questões originais, representando um grau adequado de sintetização dos dados, facilitando seu manuseio e interpretação. O alfa de *Cronbach* do instrumento apresentou valor 0,93, enquanto que os coeficientes das quatro dimensões situaram-se entre 0,75 e 0,94, comprovando a fidedignidade das quatro dimensões identificadas. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva e análise de variância (ANOVA), identificando possíveis diferenças significativas entre os grupos de respondentes. Utilizou-se o software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. Foram respeitados todos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo o projeto submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa local, com parecer favorável (Parecer nº 70/2010). **Resultados:** A amostra foi constituída por 334 trabalhadores de enfermagem, dos quais 71 (21,3%) são enfermeiros, 234 (70%) técnicos de enfermagem e 29 (8,7%) auxiliares de enfermagem. A análise descritiva possibilitou a identificação da percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre o sofrimento moral vivenciado. Os quatro constructos identificados foram operacionalizados através de valores numéricos que correspondem às médias aritméticas das questões individuais que compõem cada constructo. Por meio de análise descritiva, foi possível verificar as médias gerais de cada constructo, conforme as diferentes categorias

profissionais da enfermagem. Realizou-se, também, uma análise do *sofrimento moral geral*, conforme as três categorias profissionais, considerando-se os constructos formados na análise fatorial. Em relação aos quatro constructos analisados, dois apresentaram diferença estatística significativa (ao nível de 5%): *falta de competência na equipe de trabalho* (*P*= 0,02) e *desrespeito a autonomia do paciente* (*P*= 0,02). A partir desses dados, percebeu-se que os enfermeiros apresentam médias mais elevadas de sofrimento moral diante da *falta de competência na equipe de trabalho* (4,45) e *desrespeito a autonomia do paciente* (3,93). Constatou-se, também, que as médias dos auxiliares de enfermagem são mais elevadas em todos os constructos em relação às médias apresentadas pelos técnicos de enfermagem. Para os constructos *condições de trabalho insuficientes* e *obstinação terapêutica*, não foi possível encontrar diferença estatística significativa (ao nível de 5%) entre os grupos analisados. Entretanto, os enfermeiros também apresentaram médias mais elevadas em *condições de trabalho insuficientes* (3,89), porém em *obstinação terapêutica* apresentaram média (3,58), enquanto os auxiliares de enfermagem (4,11). Essa diferença pode estar associada à maior permanência dos auxiliares de enfermagem cotidianamente junto ao paciente na realização de cuidados diretos, presenciando de modo mais próximo sua dor e sofrimento em situações sem possibilidades de cura. Com relação à análise de *sofrimento moral geral*, também foi encontrada diferença estatística significativa (*P*= 0,04), podendo-se afirmar que os enfermeiros e auxiliares de enfermagem possuem uma percepção mais elevada de vivência de sofrimento moral que os técnicos de enfermagem. Ainda, a fim de analisar a existência de possíveis diferenças nas médias dos quatro constructos em relação ao sofrimento moral vivenciado, foram realizadas diferentes análises de variância (ANOVA), considerando particularidades dos sujeitos. Identificando-se que alguns itens com diferença estatística significativa ao nível de 5% que influenciam a percepção do sofrimento moral. Dentre eles, a instituição em que os trabalhadores de enfermagem desenvolvem suas atividades, o tempo de conclusão do curso na área de enfermagem, a presença de ações de educação permanente na instituição, a realização de reuniões com a equipe de trabalho e a presença de diálogo com instituição e chefias. **Conclusões:** Percebeu-se que entre as categorias profissionais da enfermagem, os enfermeiros são os que apresentaram maior sofrimento moral, seguidos pelos auxiliares de enfermagem, e posteriormente, pelos técnicos de enfermagem. Em relação às características pessoais e do ambiente de trabalho, constatou-se que o sofrimento moral parece manifestar-se mais em situações e ambientes em que não são realizadas reuniões na equipe de trabalho e há poucas possibilidades de diálogo com chefias e instituição; da mesma forma, em locais em que não ocorrem ações de educação permanente. Dessa forma, associa-se a vivência de sofrimento moral, principalmente, a organização do ambiente de trabalho, que não privilegia espaços de discussão, problematização, reflexão e valorização de situações vivenciadas no cotidiano do trabalho que podem demandar continuamente enfrentamentos dos trabalhadores. Assim recomenda-se a implementação de ações de melhoria das condições de trabalho e da comunicação nos ambientes de atuação da enfermagem, favorecendo os enfrentamentos, as

tomadas de decisão, o exercício da autonomia e, principalmente, a qualidade do cuidado de enfermagem realizado e o processo de saúde/satisfação de seus trabalhadores.

**Área temática**: Trabalho.

**Descritores:** Ética; ética em enfermagem; enfermagem; equipe de enfermagem.

**REFERÊNCIAS**

1.Oguisso T, Shimidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

2.Canadian Nurses Association (CNA). Code of ethics for registered nurses. Ottawa, Canada: Centennial Ed; 2008.

3.Barlem ELD. Sofrimento moral reconfigurado: uma visão foucaultiana [Internet]. Rio Grande: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande; 2012 [citado 2012 abr. 20]. Disponível em http://www.ppgenf.furg.br/images/edison.pdf.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# CARACTERÍSTICAS DO SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM

# CARACTERÍSTICAS DEL ANGUSTIA MORAL EM LA ENFERMERÍA

# NURSING MORAL DISTRESS CHARACTERISTICS

DALMOLIN, Graziele de Lima1
LUNARDI, Valéria Lerch2
FILTER, Fernanda Rossana3
YOSUF, Zeinab Ramahi4
WACHHOLZ, Aline5

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (DEnf/UFSM). Email: grazi.dalmolin@gmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/FURG). Pesquisadora CNPq.
3 Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista FIPE. Email: nand4filter@hotmail.com
4 Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista PIBIC.
5 Enfermeira. Professora Temporária do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA- Campus Uruguaiana). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira-Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf FORS)

**Introdução:** Os enfermeiros, em seus ambientes de trabalho, onde muitas vezes predomina a enfermidade, podem, frequentemente, sofrer várias influências, pois se encontram expostos a uma elevada gama de estressores[(1)], podendo vivenciar problemas e dilemas morais em seus cotidianos. Problemas esses que podem ocorrer quando há diferenças de percepção sobre a mesma situação, as quais não são comunicadas e nem resolvidas adequadamente, o que pode ocasionar dilemas e sofrimento moral. O sofrimento moral pode ser entendido como a dor ou angústia que afeta a mente, corpo ou relações interpessoais no ambiente de trabalho, em resposta a uma situação na qual a pessoa reconhece sua responsabilidade moral diante dos conflitos e faz um julgamento moral sobre a conduta correta, mas se vê impedida de executá-la devido a constrangimentos, reconhecendo como inadequada a sua participação moral[(2)]. O sofrimento moral pode, ainda, ser intensificado com a ocorrência de conflitos e problemas morais, tanto na equipe de enfermagem e de saúde quanto em relação à administração, pacientes e familiares, ligado às características ético-organizacionais do trabalho. Assim, teve-se como questão de pesquisa: "Qual o conhecimento produzido acerca do sofrimento moral na enfermagem?"

**Objetivo**: apresentou-se como objetivo conhecer a produção científica acerca do sofrimento moral na enfermagem, publicada no período de 1999 a 2009. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura do tipo integrativa, realizada em cinco fases: formulação e identificação do problema, coleta de dados, avaliação, análise e interpretação e apresentação dos dados coletados[3-4]. Na primeira fase, foi realizado um aprofundamento teórico sobre o sofrimento moral, chegando-se a questão de pesquisa. Na fase de coleta de dados, realizou-se o levantamento bibliográfico através de buscas nas bases de dados da CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line*) e SAGE *Journals Online*, utilizando-se as palavras-chave: sofrimento moral (moral distress), *burnout* e enfermagem (nursing); selecionando-se artigos de acordo com os critérios de inclusão. Na terceira fase, os textos encontrados foram avaliados quanto à qualidade dos dados e relação ao problema de pesquisa. Obteve-se, ao seu final, um total de 21 artigos para análise, dentre as três bases de dados utilizadas para coleta. A fase de análise dos dados contemplou as etapas de redução, visualização e comparação dos dados e, verificação e esboço da conclusão[3]. Por fim, na fase de apresentação dos dados, foram apresentadas as conclusões da revisão integrativa implementada, demonstrando sua elaboração juntamente com impressões e reflexões das autoras. **Resultados:** O sofrimento moral parece ser desencadeado por várias características que podem comprometer o cuidado, tendo sido identificado na prestação de cuidados fúteis; nas questões organizacionais, e no próprio trabalho da enfermagem conforme o ambiente de atuação, categorias que são apresentadas a seguir. a) *Cuidados fúteis:* Os cuidados fúteis, como um dos fatores desencadeantes do sofrimento moral, podem ser entendidos como as intervenções ou tratamentos que sustentam a vida, porém não trazem benefícios de saúde para o paciente, pois não são capazes de liberá-lo dos cuidados intensivos. Esses cuidados, amparados pelo desenvolvimento técnico-científico, têm se tornado frequentes no cotidiano da enfermagem, principalmente entre enfermeiras de cuidados intensivos ou de emergência, sendo apontados na literatura analisada, em especial, como importante causa do sofrimento moral entre enfermeiras. A vivência do cuidado fútil no ambiente de trabalho também está ligada ao *burnout*, pois foi constatado que a frequência de experiências de sofrimento moral das enfermeiras, em situações de cuidados fúteis, foi diretamente relacionada às experiências de exaustão emocional, uma das dimensões do *burnout*. Como exemplos de cuidados fúteis, destacam-se os tratamentos desnecessários para pacientes terminais e, procedimentos extensivos que apenas prolongam a morte, o que pode estar associado à incapacidade de acatar aos desejos da família ou do paciente em relação às ações de ressuscitação, à deficiência de comunicação e de discussão das implicações desses tratamentos. b) *Questões Organizacionais*: Os fatores organizacionais podem favorecer o desenvolvimento de conflitos relacionados ao uso de recursos materiais e humanos, relações interpessoais e diferenças de comunicação, envolvendo a autonomia e a capacidade da enfermeira em advogar pelo paciente, com reflexos na qualidade do cuidado. A insuficiência de recursos humanos relaciona-se à sobrecarga de trabalho para as

enfermeiras e o possível comprometimento do cuidado ao paciente. Essas situações parecem desencadear sofrimento moral às enfermeiras com sentimentos de frustração e culpa, necessitando, muitas vezes, delegarem cuidados aos familiares ou acompanhantes, priorizando pacientes que demandam cuidados mais complexos. A falta de apoio das chefias de enfermagem é vista como um agravante do sofrimento moral, uma vez que, as enfermeiras reconhecem-se como responsáveis pelos pacientes, porém se sentem impotentes para tomar decisões, podendo se sentir frustradas e desamparadas quando, por exemplo, não conseguem ajudar os pacientes que tem seus tratamentos médicos negados por questões socioeconômicas. Embora o papel da enfermeira de advogada do paciente apresente limitações, este é um atributo da enfermagem, devendo, portanto, ser incentivado, uma vez que é uma oportunidade da enfermeira se envolver nas tomadas de decisão no que se refere ao cuidado aos pacientes, reforçando sua autonomia como profissional. Destacam-se, ainda, conflitos nas relações interpessoais no trabalho da enfermagem, os quais acontecem, geralmente, por disparidades de opiniões a respeito do tratamento do paciente. As enfermeiras percebem seu trabalho desvalorizado ao não participarem das tomadas de decisão quanto ao melhor tratamento para o paciente, sentindo-se impotentes uma vez que não conseguem implementar os cuidados que consideram corretos, de acordo com seus valores e crenças. Esta diferença de poder é reconhecida como fonte de conflitos para a maior parte dessas profissionais, o que parece contribuir para o sofrimento moral e o *burnout* entre enfermeiras. Mesmo enfermeiras que já possuem maior tempo de experiência podem vivenciar conflitos desencadeadores do sofrimento moral, diante da (in)competência de colegas da equipe de enfermagem ou médica, que realizam práticas profissionais inadequadas, podendo comprometer a segurança e a vida do paciente. A aproximação entre enfermeiras a pacientes por tempo prolongado parece intensificar o sofrimento moral, pois leva a uma tomada de responsabilidade e resposta ao paciente, tornando-se sensível ao conhecimento do outro e à procura de soluções. Assim, as enfermeiras experienciam maior sofrimento moral ao enfrentarem as consequências negativas das decisões, parecendo moralmente menos penoso dar ordens, do que conviver proximamente com suas consequências. c) *Tipos de cuidados e ambientes de atuação das enfermeiras*: O sofrimento moral das enfermeiras parece aumentar frente ao cuidado de pacientes com longos períodos de tratamento, como os pacientes críticos, em tratamento de câncer e, também, idosos cuidados por longos período. Parece manifestar-se mais em alguns ambientes de atuação das enfermeiras, tais como: unidades de terapia intensiva, oncológicas, médico-cirúrgicas, urgência e emergência, serviços de enfermagem em telesaúde, enfermagem em saúde mental e enfermagem militar. **Conclusão:** A partir da constatação do sofrimento moral na enfermagem, parece fundamental a abordagem dessa temática, desde o processo de formação das enfermeiras, de modo a construir estratégias de fortalecimento das futuras profissionais para o exercício da advocacia dos pacientes, já que são frequentes as situações em que seus direitos podem estar sendo desrespeitados, requerendo a atuação das enfermeiras em sua defesa. Nessas situações que se configuram como relações de poder,

como relações de forças, enfrentamentos e movimentos de resistência fazem-se necessários. Assim, torna-se relevante buscar alternativas e estratégias de fortalecimento das enfermeiras, desenvolvendo sua competência numa dimensão ética, organizacional e educacional, que lhes possibilitem alcançar modificações nos seus contextos ambientais de atuação, para que possam desempenhar seu fazer de maneira mais autônoma, com condições de se expressarem e defenderem seus direitos, saberes e valores, exercendo a profissão com mais qualidade, o que por sua vez refletir-se-á na qualificação do cuidado prestado.

**Área temática:** Trabalho

**Descritores:** Ética; Ética em Enfermagem; Moral; Burnout.

**Referências:**

1. Pizzoli LML. Enfermeiras e Qualidade de Vida no Trabalho. Nurs.2004; 72(7):42-8.

2. Nathaniel A. Moral distress among nurses. The Am Nurses Assoc Ethics and Hum Rights Issues Updates [Internet]. 2002 [citado em 12 Nov 2005]; 1(3):[cerca de 4p.] Disponível em: www.nursingworld.org

3. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005; 52(5):546-553.

4. Cooper HM. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. Rev Educ Res. 1982; 52(2):291-302.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PSICODINÂMICA DO TRABALHO E AS VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

# PSYCHODYNAMICS OF WORK AND EXPERIENCES OF PLEASURE AND SUFFERING IN THE WORK OF PEDIATRIC NURSING

# PSICODINÁMICA DEL TRABAJO Y EXPERIENCIAS DE PLACER Y SUFRIMIENTO EN EL TRABAJO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

LAMB, Fabricio Alberto1
BECK, Carmem Lúcia Colomé2
DA SILVA, Rosângela Marion3

1 Enfermeiro. Especialista em saúde da família. Enfermeiro do Hospital Universitário de Santa Maria. fabriciolamb@hotmail.com
2 Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria.
3 Enfermeira. Doutoranda em Ciências DINTER NOVAS FRONTEIRAS UNIFESP-UFSM-UFRJ/EEAN. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem".

**Introdução:** o trabalho em geral, proporciona vivências de prazer, pelo fato de ser através dele que o sujeito gera o sustento familiar e individual e estrutura sua vida pessoal e profissional em busca de realização. Assim, o trabalho participa do processo de formação do sujeito, em sua produtividade técnica, política, cultural, estética e artística envolvendo sua subjetividade[1]. No ambiente hospitalar coexistem vários fatores desgastantes e insalubres para diversas profissões, dentre as quais se destaca a enfermagem, profissão essa que se depara com uma exigência emocional adicional devido a natureza humana de seu trabalho e a presença constante junto ao paciente e familiar, somada a responsabilidades administrativas e de organização do trabalho. Para a enfermagem, o trabalho em determinados momentos pode gerar insatisfação ao trabalhador quando este não encontra reconhecimento e sofrimento quando o objetivo de salvar vidas não alcança êxito. O trabalhador da enfermagem constantemente se depara com sofrimentos, medo, ansiedade, estresse, convivência com a vida e a morte, além de tensões, disputas de poder e conflitos no trabalho onde longas jornadas não são incomuns[1]. Também, a vivência deste trabalhador é permeada por sentimentos de angústia e impotência e, por vezes, marcada pelo cansaço e revolta devido à sobrecarga e a falta de recursos humanos e materiais. Assim, neste estudo,

será abordado o trabalho de enfermagem pediátrica em pronto socorro, ambiente hospitalar que tem uma natureza singular por trabalhar com crianças e atender situações de urgência e emergência. A ideia de estar abrangendo o trabalho da enfermagem de pronto socorro pediátrico deve-se ao fato de esta profissão estar diretamente relacionada com o cuidado à criança e, consequentemente, estar envolta em sensibilidade, emoções e sentimentos, muitas vezes intensos, além de ser permeada pelo relacionamento entre a criança, o profissional e a família. Observar as situações de trabalho e, ao mesmo tempo, fazer parte delas, instigou a busca por maior entendimento das vivências geradoras de prazer e sofrimento. Tais indagações encontraram ancoragem na psicodinâmica do trabalho que fornece uma base teórica capaz de analisar, a partir dos processos de prazer e sofrimento vivenciados pelo trabalhador, a relação do sujeito com o trabalho. Portanto, faz-se significativo lançar o olhar da psicodinâmica do trabalho sobre as vivências de prazer e sofrimento presentes no trabalho da enfermagem pediátrica. **Objetivo:** refletir acerca das vivências de prazer e sofrimento presentes na prática dos trabalhadores da enfermagem de um pronto socorro pediátrico. **Metodologia:** trata-se de uma análise crítico-reflexiva da profissão da enfermagem realizada por meio de uma revisão não sistemática, criando um corpo de leitura compreensível e relevante, a partir do qual se fez análise realizando inferências referentes ao prazer e sofrimento na enfermagem pediátrica. Para promover essa discussão, foi utilizada a perspectiva teórica da psicodinâmica do trabalho que tem por base a produção teórica desenvolvida por Christophe Dejours[2]. Essa teoria é relevante, pois ela permite investigar as dinâmicas que ocorrem entre a organização do trabalho e o trabalhador[3]. **Resultados:** o trabalho traz consigo o prazer e o sofrimento vivenciados a partir do engajamento da personalidade no trabalho e coloca à prova a subjetividade de cada trabalhador. Estes processos subjetivos são os que atribuem sentido e constroem a base na relação do trabalhador com a sua realidade de trabalho e são expressos pelos modos de pensar, sentir e agir individuais e coletivos[3]. Esta visão é compartilhada pela psicodinâmica do trabalho, teoria elaborada por Christophe Dejours[2], que se refere à análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho. Suas bases conceituais são elaboradas a partir da análise da dinâmica inerente a determinados contextos de trabalho, caracterizada pela atuação de forças, visíveis e invisíveis, objetivas e subjetivas, psíquicas, sociais, políticas e econômicas, que podem ou não deteriorar esse contexto, transformando-o em lugar de saúde ou adoecimento[3]. Cada trabalhador é único e traz consigo uma história pessoal marcada pelas relações precoces com seus pais, suas aspirações, suas motivações, suas necessidades psicológicas, as quais integram sua história passada[2]. Assim, a organização do trabalho exerce sobre o homem, uma ação específica, cujo impacto dá-se no aparelho psíquico. Para a psicodinâmica do trabalho, em certas situações, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora. Esse sofrimento é de natureza mental e tem início quando, no trabalho, o homem já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa, a fim

de torná-la mais adequada as suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos, bloqueando a relação homem-trabalho[2]. Para Mendes[3] corroborando com as ideias de Dejours[2], as vivências de prazer e sofrimento são inerentes a todo contexto de trabalho. Na pediatria, o trabalho envolve o estresse organizacional e as responsabilidades administrativas, mas tem um lado humano, afetivo e emocional não quantificável, que ora traz sofrimento, ora traz prazer. Para Traesel e Merlo[4], estar envolvido nesse cuidado exige estabelecer uma relação de proximidade em que o vínculo emocional está presente e com ele, possivelmente, os aspectos subjetivos da infância do próprio profissional. Desta maneira, ao cuidar de crianças hospitalizadas, o profissional desenvolve um trabalho que é essencialmente afetivo, pois inclui contato e interação na promoção de cuidados[4]. As vivências do trabalhador de enfermagem em pediatria podem, por exemplo, trazer prazer quando da recuperação de uma criança, do reconhecimento profissional e da satisfação por poder ajudar e salvar vidas. Estes profissionais desfrutam a sensação de dever cumprido quando conseguem, sobrepondo-se às dificuldades, recuperar crianças que chegaram muito graves, recebendo o reconhecimento da família[5]. No atendimento de situações de urgência e emergência, características de um pronto socorro, a equipe busca dar o melhor de si no trabalho[5] que quando envolto por prazer, torna-se fonte de realização pessoal e auxilia na construção da identidade do trabalhador. Por outro lado, emerge o sofrimento vindo do convívio com a dor, do desgaste físico e mental e do contato com as angústias vivenciadas pela criança e familiares, tanto decorrentes do adoecimento, quanto da internação hospitalar. Os trabalhadores da enfermagem pediátrica que atuam em pronto socorro convivem com sentimentos díspares: o cansaço, o esgotamento, a angústia, a impotência e a revolta, permeados pela satisfação de gostar do que fazem e pela consciência da própria utilidade[5]. O trabalho em pronto socorro pediátrico, não excluindo outros serviços de emergência, gera sofrimento proveniente da angústia que acompanha o cotidiano deste trabalhador. Segundo Feliciano[5], as vivências destes trabalhadores são entremeadas pelo temor de que devido ao cansaço e ao estresse crônico, possam vir a cometer alguma omissão, algum engano que comprometa a assistência ao paciente. O sofrimento gerado pela angústia que perpassa às situações de trabalho é oriundo dos riscos inerentes ao serviço que são vivenciados nas situações de emergência[5]. Ainda, as limitações e a capacidade operacional dos prontos socorros são diariamente confrontadas com as necessidades e anseios dos usuários e muitas vezes podem gerar conflitos entre os trabalhadores e os responsáveis pela criança. Soma-se a isso a consideração de que, neste contexto, faz-se necessário entender a família como objeto do cuidado, num processo relacional e participativo que busca o atendimento das necessidades de cuidado e o estabelecimento de um vínculo terapêutico. Considera-se que o cuidar pediátrico pode ser percebido como fonte de prazer e de sofrimento e que para fazer frente a este sofrimento, o trabalhador tende a mobilizar estratégias de defesa que permitem a realização do trabalho real, ao mesmo tempo em que a singularidade do sujeito trabalhador é confrontada. Estratégias defensivas são elaboradas diante do sofrimento no trabalho, da angústia e da insatisfação,

de maneira que o sofrimento não se torna imediatamente identificável, ficando disfarçado e assumindo formas específicas conforme a profissão[2]. As estratégias de defesa estabilizam o trabalhador a ponto de o sofrimento tornar-se suportável e o trabalho possível. **Algumas considerações:** buscar o prazer no trabalho passa por estabelecer uma inter-relação entre trabalho e sujeito de modo que ele possa ser exercido adequadamente, sem estresse e angústia demasiados. Ter condições materiais e de recursos humanos também é essencial para que o trabalho seja realizado de maneira a atender as necessidades de pacientes e familiares, abrindo caminho para o reconhecimento do profissional. Ainda, dar um sentido ao sofrimento vivenciado e buscar sua compreensão, passa pela subjetividade de cada trabalhador e é algo a ser buscado através da valorização e reconhecimento da importância do trabalho desempenhado pelo profissional em pediatria. Por fim, espera-se que estudos sobre as vivências de prazer e sofrimento presentes na prática dos trabalhadores da enfermagem pediátrica possam contribuir para novos modos de ver e vivenciar o trabalho e colaborar na reflexão acerca do mesmo, bem como instigar a realização de novas pesquisas sobre esta temática.

**Área temática:** Trabalho

**Descritores:** Prazer; sofrimento; enfermagem; pediatria.

**Keywords:** Pleasure; suffering; nursing; pediatric.

**Descriptores:** Placer; sufrimiento; enfermería; pediatría.

**REFERÊNCIAS**

1. Martins JT, Robazzi MLCC, Bobroff MCC. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. Revista Escola Enfermagem. 2010; 44(4): 1107-11.

2. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5.ed. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992.

3. Mendes AM. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.), Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. P. 29-48.

4. Traesel ES, Merlo ARC. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2011; 36(123): 40-55.

5. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Sentimentos de profissionais: reflexões sobre o burnout. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2005 jul-set; 5(3): 319-328.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# RELATO DE EXPERIÊNCIA ACERCA DA ENFERMAGEM ENQUANTO DISCIPLINA E PROFISSÃO

# EXPERIENCE REPORT ABOUT NURSING WHILE DISCIPLINE AND PROFESSION

# RELATO DE EXPERIENCIA SOBRE ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA Y PROFESIÓN

FEIJÓ, Aline Machado1
LOPES, Caroline Vasconcellos2
Thofehrn, Maira Buss3

1 Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Pelotas, Enfermeira Assistencial do Hemocentro Regional de Pelotas, E-mail: aline_feijo@yahoo.com.br
2 Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Pelotas, Enfermeira Assistencial da Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Pelotas.
3 Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem pela Universidad de Murcia, Docente da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Pelotas.

**Introdução:** A enfermagem é uma profissão da área da saúde reconhecida desde a segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale adicionou predicados a um campo de atividades de cuidado à saúde, as quais eram desenvolvidas por indivíduos ou grupos com diferentes qualificações e em diferentes cenários. O cuidado ganhou especificidade no conjunto da divisão do trabalho social, sendo reconhecido como um campo de atividades especializadas e necessárias para a sociedade e que, para o seu exercício, requer uma formação especial e a produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional[1]. Assim, a enfermagem cuida de seres humanos em suas múltiplas dimensões, e esse cuidado de enfermagem constitui-se no objeto de estudo da disciplina enfermagem. Desta forma, o processo de construção desta disciplina nasceu com a necessidade social de qualificar o cuidado de enfermagem para amplos grupos populacionais[1] e de organizar os princípios científicos da prática profissional[2]. Contudo, é importante considerar que a construção de uma disciplina científica, assim como a organização de uma profissão, não se dá em um cenário neutro, sem disputa de poder e de interesses econômicos e políticos. Na sociedade atual, estruturada sob os padrões do capitalismo, organizada para a competição e o mercado, práticas de cuidado que se aproximam dos ideais de igualdade, de justiça social, de bem-estar e de felicidade, não são prioridade, dificultando a valorização de práticas

como a da enfermagem[1]. **Objetivo:** Relatar a experiência de pós-graduandas em refletir acerca da enfermagem enquanto disciplina e profissão. **Metodologia:** Foi realizado um relato de experiência sobre a reflexão de pós-graduandas a respeito do que seria a enfermagem enquanto disciplina e profissão, a partir da proposta das professoras da cadeira do Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, denominada de Epistemologia da Ciência e Políticas de Saúde e Enfermagem. Neste ínterim, foi realizada a leitura de um artigo científico disparador sobre o assunto, que foi diferente para cada pós-graduando, visando desenvolvimento de reflexões sobre o tema com outros autores e com as próprias percepções e conhecimentos das pós-graduandas. **Resultados:** Na disciplina enfermagem, desde sua origem, a estruturação produtiva é por hierarquização e enraizada, culturalmente, ao modelo religioso-militar, mantendo seus profissionais obedientes à gestão operacional dos processos. Deste modo, ao longo dos anos, os profissionais de enfermagem não têm se mostrado capazes ou suficientemente esclarecidos e instrumentalizados para apresentarem uma proposta efetiva, criativa e inovadora, que possibilite alguma transformação do seu cotidiano e que favoreça seus modos de produzir e viver. Pode-se dizer que estes profissionais têm dificuldades em reconhecer suas funções em cada espaço, ou seja, ainda não conseguiram descobrir o nicho da enfermagem como disciplina[3]. Percebe-se que ainda hoje falta aos trabalhadores de enfermagem buscar ou dar-se conta da necessidade de definir metas, para poder escolher como obter maneiras mais claras e rápidas de desenvolver os processos produtivos e de viver. Comumente, o processo produtivo da enfermagem é desenvolvido apenas pelo *feeling* ou por experiência, e não cientificamente, o que pode ser atribuído à carência de conhecimento administrativo/gerencial dos profissionais que atuam nos processos em posições de chefia[3]. Desse modo, a academia precisa promover mudanças na formação dos futuros profissionais, preparando-os melhor quanto aos referenciais específicos da profissão, bem como aproximar/associar os mais variados temas científicos, na tentativa de prepará-los para o enfrentamento do mercado de trabalho e da forma como poderão conduzir-se no seu futuro pessoal, profissional e da disciplina enfermagem. Por conseguinte, reestruturando as diferentes relações, pode-se instrumentalizar os futuros trabalhadores de enfermagem na construção de uma nova forma de ser, influenciada pela inter-relação harmônica entre o pensar, ser, fazer e ter. Além disso, a apropriação e utilização de conhecimentos acerca das diferentes formas de gerenciar o processo de produção no trabalho, apresenta-se como uma importante estratégia capaz de propiciar mudanças da cultura profissional e o desenvolvimento da enfermagem como disciplina[3]. Assim, o instrumental construído para orientar a enfermagem, na busca de sua autonomia, como campo específico de saber, foram as teorias de enfermagem, permitindo uma delimitação de seus limites de atuação no trabalho com outros profissionais. Do mesmo modo, a criação do Processo de Enfermagem ou Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é uma atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações que possam contribuir para a promoção,

prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, do indivíduo, família e comunidade[2]. Os modelos conceituais e teorias de enfermagem são cruciais para fornecer uma base racional às condutas dos enfermeiros e para que estes saibam o porquê fazem o que fazem. Desta forma, uma das questões mais centrais para a sobrevivência da disciplina enfermagem é a compreensão da natureza e da estrutura do conhecimento da enfermagem. Isso porque uma disciplina tem por definição um corpo distinto de conhecimento científico, e tê-lo a fundamenta e proporciona o poder necessário para determinar os produtos únicos internos da sua prática[4]. Por isso que, as lideranças da enfermagem vieram ao longo dos anos construindo um corpo de conhecimentos específicos, para garantir a identidade da profissão, a sua autonomia, autoridade e responsabilidade. Por fim, dar a enfermagem o estatuto de disciplina e de ciência aplicada na área da saúde, para garantir o cuidado qualificado[2]. No entanto, neste momento da história profissional da enfermagem, há um movimento de muitos estudiosos colocando como importante os enfermeiros trabalharem interdisciplinarmente. Porém, os autores salientam que essa prática interdisciplinar pode ser um perigo, causando a perda da identidade profissional, se os membros de cada disciplina não entenderem completamente os modelos conceituais, teorias, foco da prática e métodos de pesquisa de sua própria disciplina. Assim, colocam em questão se a disciplina de enfermagem conseguirá sobreviver a este movimento da enfermagem em direção a uma prática interdisciplinar. E salientam que, para o bem da disciplina, os estudiosos das teorias de enfermagem devem começar a participar desta discussão[4]. **Conclusão:** A partir das leituras, vivências, discussões e reflexões em sala de aula, pode-se perceber que a enfermagem está em um continuo movimento de busca pelo seu reconhecimento profissional e enquanto disciplina. Uma vez que, mesmo sendo ela uma profissão essencial da saúde, ainda tem muitos desafios a serem enfrentados para que possa obter sua autonomia e maior reconhecimento enquanto disciplina na comunidade científica. Ainda, salienta-se que é necessário aliar e aproximar a prática com a teoria. Algumas das alternativas poderiam ser o esforço de aplicar a prática da enfermagem, a implantação das etapas do processo de enfermagem no cotidiano, conhecer e adaptar as teorias de enfermagem na sua realidade de atuação. Por fim, é necessário salientar o quanto estas discussões são imprescindíveis para se pensar no que significa ser uma disciplina, e se a enfermagem está organizada e agindo desta forma. Acredita-se que reflexões são necessárias sim, mas mais indispensável é colocar em prática a enfermagem enquanto uma disciplina.

**Área temática:** Trabalho

**Descritores:** Enfermagem; Trabalho; Conhecimento.

**Descriptors:** Nursing; Work; Knowledge;

**Descriptores:** Enfermería; Trabajo; Conocimiento.

**REFERÊNCIAS**

1 Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev Bras Enferm, 62(5): 739-44, 2009.

2 Almeida MCP et al. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? Rev Bras Enferm, 62(5):748-52, 2009.

3 Svaldi JSD, Lunardi Filho WD, Gomes GC. Apropriação e uso de conhecimentos de gestão para a mudança de cultura na enfermagem como disciplina. Texto Contexto Enferm, 15(3):500-7, 2006.

4 Butts JB, Rich KL, Fawcett J. The Future of Nursing: How Important is Discipline-Specific Knowledge? A Conversation with Jacqueline Fawcett. Nurs sci Q, 25(2):151-4, 2012.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

# WORK IN PRIMARY CARE: IMPLICATIONS FOR HEALTH OF HEALTH PROFESSIONALS

# TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA: IMPLICACIONES PARA LA SALUD DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

TRINDADE, Letícia de Lima1
AMESTOY, Simone Coelho2

1 Enfermeira, doutora, docente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e do Mestrado em Ciências da Saúde da UNOCHAPECÓ. letrindade@hotmail.com
2 Enfermeira, doutora, docente da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). simoneamestoy@hotmail.com

**Introdução**: um modelo assistencial consiste em uma tecnologia utilizada para resolver problemas e atender necessidades de saúde de indivíduos e coletividades, articulando recursos físicos, tecnológicos e humanos(1). Além disso, um modelo assistencial se constitui por diálogos entre o técnico e o político, tem diretrizes políticas e sanitárias, princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos e socioculturais que refletem uma determinada conjuntura epidemiológica e certas aspirações sobre o viver saudável(2). Alguns modelos assistências em saúde desenvolvem, exclusivamente, intervenções de natureza médico-curativa, e outros buscam incorporar ações de promoção e prevenção(3). Entende-se que o resultado do trabalho em saúde em qualquer modelo assistencial tem forte influência da ação dos profissionais de saúde, assim como as diferentes dinâmicas organizacionais tem impacto nas cargas de trabalho. Laurell e Noriega(4) definem as cargas de trabalho como elementos presentes no trabalho que interatuam entre si e com o corpo do trabalhador, dinamicamente, os quais podem desencadear desgaste e adoecimento dos profissionais. As cargas de trabalho podem ser classificadas como: físicas, químicas, orgânicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas(4). **Objetivos**: a pesquisa teve como objetivo discutir a influência de duas tecnologias do tipo não material utilizadas na atenção básica, a Estratégia de Saúde da família (ESF) e o modelo tradicional, no aumento e na redução das cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Metodologia**: para a seleção dos sujeitos, utilizou-se a amostragem intencional; foram selecionadas três equipes de ESF, que tipificam a característica de inovação tecnológica de organização do trabalho em saúde no âmbito da atenção básica, e três da Atenção Básica Tradicional (ABT), que representam o modelo tradicional de

atenção baseado na biomedicina, do Sudoeste do Paraná, Brasil. Participaram da pesquisa 22 sujeitos. Os dados foram coletados mediante entrevistas individuais, grupo focal e estudo documental e analisados combinando a Análise Temática de Conteúdo com recursos do software Atlas Ti. O projeto foi submetido e aprovado, sob número 971, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. **Resultados**: Evidenciou-se, nos dois modelos, aspectos que aumentam e outros que diminuem as cargas de trabalho, o que sinaliza para a complexidade da relação entre cargas, as características e o contexto no qual o trabalho se realiza e as expectativas dos sujeitos. Na ESF, as principais fontes de aumento resultaram das dificuldades de implantação efetiva desse modelo assistencial, principalmente pela falta de perfil e preparo das equipes para atuação com essa inovação, frágil domínio dessa tecnologia pelos profissionais, usuários e gestores e falta de estrutura física, de instrumentos e de condições de trabalho adequadas. Contudo, a identificação com a proposta e a crença de que ela pode propiciar melhores resultados assistenciais e maior satisfação dos usuários mostrou-se como o principal gerador de satisfação, contribuindo para a redução das cargas de trabalho. Já na ABT, o aumento ocorreu pelas próprias características do modelo norteado pela biomedicina: em decorrência da ausência e dificuldades de trabalhar em equipe, pelo foco nos procedimentos técnicos e na consulta médica para o tratamento das doenças, nem sempre resolutiva, e que, associada à medicalização e à iatrogenia, interfere no aumento da demanda. As principais fontes de redução na ABT foram: a rotatividade dos profissionais entre os setores (atividades) existentes na Unidade Básica, em especial na enfermagem, o que acaba sendo protetor em relação a exposição ao risco biológico; e a flexibilidade da jornadas de trabalho. O excesso de demanda, os baixos salários e plano de carreira insatisfatório, o foco excessivo na consulta médica, a baixa resolutividade dos serviços, a forte influência político-partidária na gestão, a falta de recursos para assistência e de investimentos na qualificação dos profissionais, as falhas no serviço de referência, a ausência da contra-referência, problemas no relacionamento interpessoal e a falta de reconhecimento dos profissionais e serviços públicos foram fontes de aumento das cargas de trabalho nas duas modalidades. Entre os aspectos que reduzem as cargas na ESF e ABT, destacaram-se: a afinidade dos sujeitos com os modelos em que atuam; a crença no trabalho em equipe e no acolhimento; e o agendamento dos atendimentos, que facilita a organização e distribuição das atividades. **Conclusões**: conclui-se que são necessárias mudanças nos dois modelos, sobretudo no âmbito da gestão e das condições de trabalho. Na ESF, são necessárias estratégias que auxiliem sua consolidação e proximidade ao prescrito na política do Ministério da Saúde, e na ABT, intensos investimentos no sentido de ruptura com o modelo da biomedicina e aproximação com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa sinaliza para a complexidade da relação entre cargas, contexto no qual o trabalho se realiza e as expectativas dos sujeitos. Na ESF o aumento das cargas ocorre, principalmente, pelas lacunas entre o prescrito e o realizado, enquanto na ABT essas são inerentes ao próprio modelo assistencial baseado na biomedicina, sendo a equipe de enfermagem a mais exposta

ao aumento das cargas. Os achados revelaram importantes fragilidades na atenção básica de ordem estrutural, política e cultural, que dificultam a implantação do SUS prescrito, em grande parte previsto no novo modelo assistencial da ESF, e que impactam negativamente nas cargas de trabalho da enfermagem e demais profissionais de saúde. O estudo evidenciou a necessidade de mudança do modelo utilizado pela ABT, de correção dos problemas vigentes na ESF, bem como sinaliza estratégias que podem ser utilizadas pela enfermagem para amenizar/eliminar o desgaste no trabalho e elevar a satisfação dos profissionais.

Á**rea temática:** Trabalho**.**

**Descritores:** Saúde do Trabalhador. Atenção Primária à Saúde. Carga de Trabalho.

**REFERÊNCIAS**

1. Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: Paim JS. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador: Ed. Cooptec/ISC; 2002. p.367-81.

2. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy E; Onocko R, organizadores. Agir em Saúde: um desafio
para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.386- 96.

3. Paim JS. Por um planejamento das práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva 1999; 4(2):243-9.

4. Laurell AC; Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A RELAÇÃO DO ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM HOSPITALAR COM O ESTRESSE DA EQUIPE

# RELATION OF ABSENTEEISM OF PROFESSIONAL NURSING HOSPITAL WITH STRESS TEAM

# RELACIÓN DE ABSENTISMO DEL HOSPITAL DE ENFERMERÍA PROFESIONAL CON ESTRÉS DEL EQUIPO

BARBOZA, Michele Cristiene Nachtigall1
CARVALHO, Lisa Antunes2
STOFEL, Natália Sevilha3
THOFEHRN, Maira Buss4

1 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Rio Grande (FURG). Docente da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Email: michelenachtigall@yahoo.com.br
2 Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem e Pós-graduação em Enfermagem em UTI da Faculdade Anhanguera/Pelotas. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Marechal Rondon/PR e Pós-graduanda em Enfermagem Cardiológica pela Faculdade Integrada de Brasília/DF.
3 Enfermeira. Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
4 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professor Adjunto do Departamento e do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas

**Introdução**: O termo absenteísmo é conceituado como a ausência do trabalhador ao trabalho, podendo estar relacionado com problemas de saúde, faltas ao trabalho, ou algum motivo interveniente que o impossibilitou de trabalhar(1). Pensando no profissional de enfermagem que desenvolve suas atividades em ambiente hospitalar que muitas vezes encontra-se envolto de inúmeros riscos e condições adversas a sua saúde, sendo essas ocasionadas diversas vezes por estrutura física inadequada, bem como, recursos humanos insuficientes. Assim, estas condições inadequadas podem desencadear em sobrecarga de trabalho, insatisfação, falta de comprometimento profissional ou ainda problemas nas relações entre equipe o que pode gerar estresse profissional. **Objetivo**: conhecer a relação do absenteísmo dos profissionais de enfermagem hospitalar com o estresse profissional da equipe. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. O estudo foi desenvolvido com todos os enfermeiros responsáveis pela unidade de internação com o maior percentual de absenteísmo de um Hospital Universitário da região sul do Rio Grande do Sul, no ano de 2008. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da FURG sob protocolo número

23116.003324/2009-44. A coleta de dados foi realizada nos meses de junho a agosto de 2009 e compreendeu três etapas. Inicialmente, identificou-se, por meio do levantamento documental, a unidade de internação com maior percentual de absenteísmo da enfermagem no ano de 2008 – critério estabelecido para o local de estudo da instituição. O levantamento dos dados foi realizado por meio dos relatórios mensais da efetividade dos trabalhadores de enfermagem, obtidos nos arquivos do serviço de Departamento Pessoal. Para o registro desses dados utilizou-se um instrumento organizado, especificamente, para esse fim com os itens: identificação do trabalhador, número de faltas não justificadas e licenças à saúde, excluindo assim, as licenças maternidade. De posse destes dados, buscou-se junto à coordenação de enfermagem a unidade de trabalho desses profissionais. Posteriormente, foram realizados dois tipos de cálculos: o somatório das faltas de cada unidade de internação e o cálculo da porcentagem do absenteísmo por unidade de internação. Obteve-se como resultado a unidade de internação cirúrgica com maior percentual de absenteísmo. Com base neste achado, solicitou-se à chefia de enfermagem da instituição, autorização para a realização da pesquisa. A coleta de dados foi realizada por meio da observação sistemática e posteriormente, utilizou-se uma entrevista semi-estruturada. A observação sistemática do ambiente de trabalho da unidade em estudo foi realizada, na tentativa de identificar riscos ocupacionais presentes no ambiente de trabalho, capazes de expor os profissionais ao absenteísmo. A observação sistemática foi realizada, com carga horária mínima de 20 horas, em cada turno de trabalho. Após aplicou-se a entrevista às enfermeiras da unidade em estudo, a fim de identificar a percepção dos sujeitos quanto ao absenteísmo em relação ao ambiente de trabalho, com os 06 enfermeiros da unidade elencada. Conforme opção dos sujeitos, as entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho, gravadas e transcritas na íntegra, no intuito de obter a fidedignidade do registro das respostas. Para garantir o anonimato, os sujeitos foram identificados com a letra E de enfermeiro, seguida de um número arábico conforme a ordem das entrevistas. Os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias ficando uma com o pesquisador e a outra com cada entrevistado. Para a análise dos dados coletados, foi utilizado o método da análise temática: primeiramente, foi feita uma pré-análise, realizada a partir da transcrição das gravações, organização dos relatos, leitura e releitura do material coletado, a fim de retomar o objetivo da pesquisa. Posteriormente, foi realizada a exploração do material, que consiste na operação classificatória que visa alcançar o núcleo ou a unidade de compreensão do texto, com a intenção de encontrar as categorias que são expressões ou palavras significativas de uma fala que será organizada em categorias ou temas[2]. Este estudo trata-se de um recorte da dissertação sobre a titulação: A relação do absenteísmo com o ambiente de trabalho e sua interferência no cuidado de enfermagem. **Resultados**: O absenteísmo de enfermagem causado pela falta do dimensionamento de pessoal, ou seja, por recursos humanos inadequados interfere na dimensão psicológica do ser humano trabalhador de enfermagem, visto que ocasiona estresse ocupacional entre a equipe de trabalho, sendo este evidenciado pelos relatos dos sujeitos do estudo. A falta de

um profissional da equipe de enfermagem pode afetar a saúde mental dos trabalhadores envolvidos, visto que o possui um montante de atividades a serem desenvolvidas e número reduzido de trabalhadores para realizá-lo, ocasionando estresse no trabalho. O estresse ocupacional é considerado um fator de risco para o bem estar psicossocial para o individuo[3]. A falta de recursos humanos gera na equipe de enfermagem, sentimentos de estresse e angustia, antes, durante e após a realização do trabalho[4], visto que a enfermagem possui uma acúmulo excessivo de atividades de trabalho. Além disso, o absenteísmo pode também ocasionar insatisfação no profissional, pois a falta de um dos membros da equipe castiga o profissional presente com maior volume de serviço, desmotivando-o a manter-se assíduo, o que prejudica indiretamente o atendimento ao cliente. A falta de comprometimento dos profissionais se encontra relacionada com a sobrecarga de trabalho e absenteísmo, sendo apontada também como responsável pelo impedimento de um serviço com qualidade[5]. O comprometimento com a atividade de trabalho na enfermagem foi considerado inexistente para alguns membros da equipe de enfermagem, segundo relatos dos sujeitos, visto que os mesmos relacionam, diretamente, a falta ao serviço com o comprometimento profissional, alegando descontentamento com a instituição e a não valorização de seu emprego. Assim, a enfermagem enfrenta entre outras dificuldades em promover uma assistência adequada àquela desenvolvida por falta de responsabilidade profissional dos trabalhadores da equipe estudada. Além disso, o enfermeiro responsável pela equipe de trabalho, muitas vezes, convive com funcionários indiferentes e displicentes, pois, não consideram as necessidades de cuidados de seus clientes, não assumem a responsabilidade pelo trabalho que lhes é designado e facilmente faltam ao serviço[5]. Essa situação também se fez presente neste estudo, conforme expresso pelos sujeitos da unidade de trabalho. Ademais, as relações interpessoais ficam prejudicadas com o absenteísmo, visto que a falta de um membro da equipe pode gerar: brigas, desavenças, sentimento de raiva, frieza, discussões e ambiente desagradável de trabalho, entretanto, essa desarmonia segundo os sujeitos pode depender da frequência do absenteísmo da pessoa faltosa e também dos motivos determinantes das faltas. Os problemas nas relações interpessoais podem afetar negativamente o ambiente de trabalho, sendo apontadas como geradoras de estresse, com destaque ao desrespeito, a falta de comprometimento de alguns profissionais, conflitos interpessoais exarcebados, desunião e relações informais fortes no grupo[3]. Desta forma, pode-se perceber através da observação realizada que o absenteísmo possa gerar discussões entre equipe de trabalho, gerada pelo absenteísmo de um dos membros; reclamações sobre o serviço pendente do turno anterior; individualismo do colega; falta de comprometimento com o cliente, visto que o mesmo ficava aguardando pelo transporte na sala de recuperação, enquanto no posto a equipe discutia assuntos diversos ou assistia-se televisão. Entretanto, as circunstâncias mais problemáticas presenciadas, na sua maioria, ocorreram no turno da tarde e noite, pois no turno da manhã não foi visualizada nenhuma situação conflitiva. Portanto, percebe-se que recursos humanos diminuídos, os quais ocasionam sobrecarga de trabalho e esforço físico

intenso, podendo ocasionar nos trabalhadores absenteísmo, pela desmotivação, falta de comprometimento e conflitos entre equipes, tendo como conseqüência direta o prejuízo na assistência prestada ao cliente. **Conclusão**: Desta forma, percebe-se que os profissionais de enfermagem desempenham sua atividade envolto por risco psicológico, ocasionado pelo absenteísmo na unidade, podendo interferir diretamente no cuidado prestado ao cuidador, visto que o mesmo, aumenta seu ritmo de serviço e gera conflitos nas relações interpessoais na equipe de trabalho, ocasionando estresse profissional, podendo também interferir indiretamente o cuidado ao paciente atendido. Com isto, vê-se a importante em trabalhar com o dimensionamento de pessoal de enfermagem, a fim de antecipadamente prever os índices de absenteísmo e tentar minimizar os problemas causados por esse afastamento ao trabalho, e por consequência diminuir o estresse no trabalho.

**Área temática**: trabalho

**Descritores**: absenteísmo; enfermagem; esgotamento profissional

**Keywords**: absenteeism; nursing; burnout

**Palabras clave**: ausentismo, enfermería; burnout

**REFERÊNCIAS**

1 Chiavenato I. Recursos Humanos: o capital humano das organizações. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.

2 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. – São Paulo: Hucitec, 2007

3 Schmitd DRC. Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse cupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP); 2009.

4 Pagliari J, Collet N, Oliveira BRG, Viera CS. Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2008;10(1):63-76. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a06.htm

5 Berti HW; Braga EM; Godoy I; Spiri WC; Bocchi SCM. Movendo-se entre o desejo e a prática da beneficência. Centro Universitário São Camilo. 2007;1(1):91-98.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PERCEPÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS EM TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA

# PERCEPTION OF HEALTHY HABITS IN WORKERS OF HOUSEKEEPING HOSPITAL

# PERCEPCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES EN LOS TRABAJADORES DE SERVICIO DE LIMPIEZA EN HOSPITAL

BELTRAME, Marlize Tatsch1
MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza2
CERON, Marinez Diniz da Silva3
LUZ, Emanuelli Mancio Ferreira da4
MORAIS, Bruna Xavier5
BOTTINO, Larissa Diniz6
PEDRO, Cecília Mariane Pinheiro7
FRUET, Isolina Maria Alberto8

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem (TSEE). Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Docente do Departamento e do PPGEnf/UFSM. Líder e pesquisadora do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
3 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
4 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
5 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista Iniciação Científica PROIC/HUSM. Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. bruna_morais100@hotmail.com
6 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista Iniciação Científica PROIC/HUSM. Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
7 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista Iniciação Científica PIBIC/UFSM/CNPq. Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
8 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. (HUSM/UFSM). Integrante do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.

**Introdução**: O Serviço Hospitalar de Limpeza (SHL) conforme determina o Manual do Ministério da Saúde - Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde é o responsável por toda a remoção de sujeiras, detritos indesejáveis e micro-organismos presentes no ambiente hospitalar, mediante a utilização de processo mecânico e químico[1]. Nas instituições hospitalares cabe ao enfermeiro como integrante da equipe de saúde, o gerenciamento direto ou indireto dos trabalhadores do SHL. A referida função está assegurada pela Lei 7498/86, artigo 11, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e a prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, assim como doenças transmissíveis em geral e danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem[2]. Atualmente, as instituições precisam de trabalhadores capacitados, mas também saudáveis. O trabalho representa um meio de garantir a sobrevivência do homem, sendo fundamental que o mesmo não interfira na boa saúde do trabalhador. No Brasil, a política nacional de promoção de saúde guarda relação direta entre as práticas de promoção de saúde e as condições/relações de trabalho. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), os bons hábitos alimentares funcionam como fatores de proteção para a saúde se forem adotados ao longo da vida. Com o propósito de contribuir para as orientações que visem à promoção da saúde e a prevenção de doenças o MS criou o Guia Alimentar para a População Brasileira[3]. Agregado a este, uma importante iniciativa da MS, em 2011, foi à criação do Plano de Ações Estratégica para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022[4]. O Plano visa preparar o Brasil para enfrentar e deter os principais grupos de doenças crônicas e seus fatores de risco (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define diretriz e ações. A temática relacionada aos hábitos saudáveis tem obtido ênfase atualmente e a percepção destes em trabalhadores do SHL torna-se um importante indicador dos aspectos relativos à saúde física desses profissionais. **Objetivo:** Avaliar a percepção sobre a adoção de hábitos saudáveis dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário público do Rio Grande do Sul a partir do Questionário de Percepção de Hábitos Saudáveis (QPHS). **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Está inserida no projeto matricial "Avaliação das condições de saúde e trabalho dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza" aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino à qual as autoras estão vinculadas (CAAE 13106313.1.000.5346), em fevereiro de 2013. Foram definidos como elegíveis os 172 trabalhadores do SHL atuantes no Hospital Universitário em estudo. Como critérios de inclusão os trabalhadores deveriam ser maiores de 18 anos e estar no exercício de suas funções laborais no momento da realização do estudo. Foram excluídos os trabalhadores que estavam em afastamento do trabalho durante o período da coleta. Os dados foram coletados pela pesquisadora mestranda e por acadêmicos de enfermagem, previamente capacitados, em março e abril de 2013. A coleta dos dados foi realizada por meio da aplicação do QPHAS5. Após esclarecimento sobre o objetivo da pesquisa, os trabalhadores que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE), sendo que preencheram e devolveram o questionário, no próprio local de trabalho. O QPHAS é constituído por 30 questões fechadas e abrange três grupos de conhecimentos, com 10 questões em cada grupo, sendo eles: Parte I – Controle de peso corporal; Parte II – Alimentação saudável; Parte III – Prática de atividades físicas relacionadas à saúde[5]. Cada questão apresenta alternativas de resposta que pontuam entre 0 e 4, sendo possível obter pontuação mínima de 0 e máxima de 120 pontos (30 questões x 4). O valor 4 é atribuído à melhor percepção, o valor 1 à menor percepção e o valor zero corresponde as questões onde não há opinião formada. A análise das informações deu-se a partir da pontuação alcançada por cada sujeito[5]. Para a inserção dos dados foi utilizado o programa Epi-info®, versão 6.04, com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise foi realizada no programa *PASW Statistics® (Predictive Analytics Software*, da SPSS Inc., Chicago - USA) versão 18.0 *for Windows*. Para as análises das variáveis contínuas, utilizou-se a estatística descritiva (medidas de posição e dispersão). As variáveis categóricas foram avaliadas em frequência absoluta e relativa. Salienta-se que foram respeitados os preceitos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Este projeto possui auxílio Bolsa de Iniciação Científica PROIC/HUSM. **Resultados:** A população foi composta por 157 (91,3%) trabalhadores do SHL. Evidenciou-se a predominância de indivíduos do sexo feminino (87,9%); com idade média 39,9 anos (±9,8), mínimo 19 e máximo 60 anos; da raça autorreferida branca (62,7%); com ensino médio completo (38,9%) e renda familiar per capita média de 2,8 salários mínimo nacional. Ao serem avaliados sobre a Percepção de Hábitos Saudáveis os trabalhadores do SHL demonstraram elevados índices de conhecimentos, sendo a média de 94,17 pontos (±10,26), a mediana 96 pontos, a mínima de 55 e a máxima de 114 pontos. Ao serem avaliadas individualmente as questões que compõem o QPHS, destacam-se os seguintes resultados: Parte I – Índice de conhecimento sobre controle de peso corporal obteve uma média de 78,09 (±11,34), sendo que a mediana foi de 77,50, a mínima de 38 e a máxima de 100. Parte II – Índice de conhecimento sobre alimentação saudável 78,15 (±12,08) sendo que a mediana foi de 77,50, a mínima de 33 e a máxima de 100. Parte III – Índice de conhecimento em prática de atividades físicas relacionadas à saúde 79,17(±9,84), sendo que a mediana foi de 80, a mínima de 48 e a máxima de 100. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre ambos os sexos no que se refere aos conhecimentos apresentados nos tópicos: controle de peso corporal, alimentação saudável e prática de atividade física. **Conclusão:** Os trabalhadores do SHL apresentaram altos índices de Percepção de Hábitos Saudáveis, indo ao encontro dos propósitos do MS que visa à promoção da saúde e a prevenção de doenças.

**Área temática:** Trabalho

**Descritores:** Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Serviço Hospitalar de Limpeza; Hábitos Alimentares.

**Descriptors:** Nursing; Occupational health; Housekeeping Hospital; Food Habits.

**Descriptores:** Enfermería; Salud Laboral; Servicio de Limpieza en Hospital; Hábitos Alimenticios.

**REFERÊNCIAS**

1 Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde. Brasília, 1994.

2 Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Brasília, 1986.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável, MS Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manual Técnico. Brasília, 2008.

4 Brasil. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília, 2011.

5 Guedes D P, Grondin L M V. Percepção de hábitos saudáveis por adolescentes: Associação com indicadores alimentares, prática de atividade física e controle do peso corporal. Revista Brasileira de Ciências do Esporte. 2002; 24(1): 23-45.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ACIDENTE DE TRABALHO POR MATERIAL PREFUROCORTANTE EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

# WORK ACCIDENT FOR MATERIAL PREFUROCORTANTE IN NURSING WORKERS: BIBLIOGRAPHICAL REVIEW

# ACCIDENTE DE TRABAJO POR MATERIAL PREFUROCORTANTE EM TRABAJADORES DE ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

LUNARDI, Rosani[1]

1 Pós-graduação em enfermagem, enfermeira, Técnica em Enfermagem no Hospital Universitário de Santa Maria: rosanilunardi@yahoo.com.br.

**Introdução:** A Enfermagem é uma profissão executada em diferentes níveis de atenção, territórios e áreas, o que implica em locais com estruturas físicas e características diversas, com isso, expondo todos os seus profissionais a uma série de situações, atividades e fatores de risco, potenciais para a incidência de acidentes de trabalho e/ou doenças profissionais. Acidente de trabalho é o infortúnio relacionado à saúde e a vida que ocorre pela realização de algum tipo de trabalho, podendo provocar lesão corporal ou distúrbios psicológicos, morte, perda, redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho. Os profissionais devem ser conscientes em relação à necessidade de conhecer e empregar adequadamente as normas de biossegurança e exigir segurança no ambiente hospitalar aos seus empregadores para o exercício assistencial com menor risco para a sua saúde ocupacional. A saúde dos trabalhadores deve ser encarada com a mesma importância que a de usuários dos serviços assistenciais, visto que o trabalho exerce um papel fundamental nas condições de vida e saúde dos indivíduos, em seus grupos familiares e em grandes núcleos populacionais. Da mesma forma deve-se levar em conta que a qualidade na atenção em saúde depende também da organização do trabalho, no que tange às condições em que esse trabalho se realiza, evitando-se que os trabalhadores sofram desgastes, doenças ou os acidentes de trabalho. **Objetivo:** analisar produções científicas de enfermagem relacionada aos acidentes de trabalho com material perfurocortante nos trabalhadores de enfermagem e promover atualização sobre o tema. **Metodologia:** Estudo realizado a partir de um referencial teórico a cerca do tema acidentes de trabalho com material perfurocortante em trabalhadores de enfermagem. Para Gil (1999), a pesquisa tem um caráter pragmático, é um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. A busca de produções científicas foram desenvolvidas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), pelas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e portal Scientific Eletronic Library Online (SCIELO). A coleta dos dados

ocorreu de outubro a dezembro de 2011. Os critérios de inclusão foram: livros, artigos de periódicos e atualmente com material disponibilizado na internet. **Resultados:** A análise dos dados foi realizada por meio da leitura e re-leitura dos artigos, identificando aspectos relevantes que culminaram em unidades temáticas: Temática 1: Acidente de trabalho: acidente de trabalho é caracterizado como aquele que advém do exercício do trabalho provocando lesão corporal que pode levar à morte, perda ou diminuição (transitória ou permanente) da capacidade funcional. É classificado como típico quando ocorre no próprio local de trabalho ou como de trajeto quando ocorre na ida ou volta do trabalho. Acidente de trabalho é o evento súbito ocorrido no exercício de atividades laborais, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acometido, e que acarreta dano à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funciona que causa, direta ou indiretamente, a morte, ou a perda ou a redução, permanente ou temporária, da capacidade laboral. Temática 2: Epidemiologia do acidente de trabalho na enfermagem; do ponto de vista da vigilância epidemiológica e dentro da perspectiva da saúde dos trabalhadores, o sistema atual de notificação por acidentes e doenças devidas ao trabalho, é considerado falho por vários motivos. Entre eles destaca-se o fato de a emissão da Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT) ser de responsabilidade exclusiva da empresa onde trabalha o acidentado, o que certamente ocasiona distorções quanto a real incidência devido ao número de subnotificações. A CAT serve para notificar tanto os acidentes típicos decorrentes do trabalho como as doenças profissionais e os acidentes de trajeto. Entretanto, a CAT não fornece informações suficientes que permitam a completa compreensão da relação causal dos acidentes e doenças do trabalho, bem como da situação dos agravos decorrentes destas patologias. Além da CAT, outro instrumento que fornece elementos para a avaliação de danos à saúde do trabalhador é a Ficha de Tratamento de Acidentado (FTA), que é utilizada para acompanhamento do tratamento do paciente no serviço médico que o atendeu, tanto ambulatorial como hospitalar (modelos das CAT e FTA podem ser observados em trabalho de Possas) (SANTOS, 1990). Temática 3: Acidente com material perfurocortante na enfermagem; dentre os trabalhadores de saúde, os que têm maior probabilidade de acidentes são os de Enfermagem, especialmente os de nível médio, que são os que prestam assistência direta ao cliente. Principalmente os que trabalham em hospital, por este ser um ambiente insalubre em que se aglomeram pacientes com várias patologias transmissíveis, além de ser um local em que se lida cotidianamente com a morte e sobrecarga de trabalho (PAULINO, 2008). Os riscos ocupacionais, causados por fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, podem ocasionar doenças e acidentes de trabalho. Destacam ainda, que o processo de trabalho de enfermagem é desenvolvido por heterogêneas categorias profissionais, ao enfermeiro cabem as atividades intelectuais de gerenciamento do serviço e de execução de procedimentos mais complexos. É predominantemente feminino o trabalho na enfermagem, além do desgaste hospitalar e da dupla jornada de trabalho, trabalho noturno, quando a mulher concilia profissão a atividades domésticas. Os profissionais de enfermagem

desempenham um trabalho de assistência direta e contínua ao paciente, tornando-se susceptível à contaminação por material biológico, principalmente em acidentes por inoculação percutânea mediada por agulhas ou instrumentos cortantes, que são os maiores responsáveis pela transmissão ocupacional de infecções sangüíneas. Temátia 4: Conseqüências do risco biológico; e mbora casos de infecções ocupacionais pelo HIV e pelos vírus das hepatites B e C sejam relativamente raros, os riscos e os custos associados com exposições a sangue ou outros materiais biológicos são graves e reais. Os custos diretos dos acidentes de trabalho com material biológico estão associados com as profilaxias iniciais e com o acompanhamento dos trabalhadores expostos (RAPPARINI, 2010). Na ocorrência de algum tipo de acidente trabalhista é fundamental que seja preenchido a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) que é um documento que registra o acidente do trabalho, a ocorrência ou o agravamento de doença ocupacional, mesmo que não tenha sido determinado o afastamento do trabalho, sendo seu registro fundamental para a geração de análises estatísticas que avaliam o grau de acidentabilidade. A CAT é emitida em seis vias, sendo que uma delas fica com o trabalhador, outras duas encaminhadas para o sindicato e para o SUS (Sistema Único de Saúde). A CAT é de suma importância visto que quando preenchida e encaminhada ao INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), o trabalhador que não tiver condições de voltar ao trabalho imediatamente, após 15 dias pode receber beneficio, e se ficar com seqüelas recebe o (auxilio doença por acidente de trabalho), até a aposentadoria. O acidente de trabalho pode causar um simples afastamento, a perda ou redução da capacidade para o trabalho, até mesmo a morte do segurado. Temática 5: Prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes: os acidentes de trabalho representam um sério problema de saúde pública e para a economia de um país. Enquanto em muitos setores industriais houve decréscimo de acidentes do trabalho, na área da saúde ocorreu um incremento desta ocorrência, em especial no ambiente hospitalar, exigindo mais investigações e intervenções neste contexto, no sentido de prevenir ou minimizar tais ocorrências. As doenças infectocontagiosas se destacam como as principais fontes de transmissão de microrganismos para pacientes e para profissionais. Uma das formas de reduzir a exposição do profissional com materiais biológicos é por meio do uso de EPI`s, sendo essa uma medida imprescindível tanto à segurança dos trabalhadores quanto à dos pacientes. O conhecimento de como identificar e prevenir ou minimizar os fatores de risco tende a levar à redução da ocorrência de acidentes e a incidência de doenças ocupacionais. É válido salientar que em muitos locais de atuação da enfermagem, são insatisfatórias as condições de trabalho, evidenciadas por problemas de organização, deficiência de recursos humanos e materiais e área física inadequada do ponto de vista ergonômico. **Conclusão:** O estudo possibilitou melhor conhecimento sobre os acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de enfermagem e identificou a necessidade de educação permanente para que esses profissionais estejam capacitados para tais acidentes. A partir da leitura sobre o tema, podemos concluir que a ocorrência de acidentes de trabalho com perfurocortantes é a mais frequente em atividades de enfermagem, estando

relacionada, principalmente à manipulação de objetos perfurocortantes, como agulhas, ainda, ao comportamento dos profissionais quanto ao descarte desses materiais, com isso, gerando uma série de consequências em suas vidas. Ainda, verifica-se a necessidade da educação permanente destes profissionais quanto à saúde do trabalhador, abrangendo os riscos e prevenções de acidentes ocupacionais, uso de equipamentos de proteção individual e coletiva, importância da notificação imediata dos acidentes e acompanhamento dos mesmos, onde implicará diretamente na diminuição dos índices de acidentes e/ou doenças ocupacionais. Por fim, diante da frequente ocorrência de acidentes do trabalho ocasionados por material perfurocortante, em atividades de enfermagem, esperamos que a realização desta pesquisa gere o conhecimento necessário a propiciar a saúde do trabalhador. Este estudo contribuiu para o conhecimento dos procedimentos que expõe os trabalhadores de enfermagem a acidentes de trabalho. Acrescentou em conhecimentos, enriquecimento pessoal e profissional.

**Área temática:** Trabalho

**Descritores:** Acidentes; trabalhadores; enfermagem.

**Keywords:** Accidents. Workers. Nursing.

**Palabras clave:** accidentes, trabajadores, ancianos.

**REFERÊNCIAS**

Gil A C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas; 1999.

Paulino DCR, Lopes MVO, Rolim ILTP. Biossegurança e acidentes de trabalho com perfurocortantes entre profissionais de enfermagem de hospital universitário de Fortaleza-CE. Cogitare Enfermagem. 2008; 13(4): 507-13.

Rapparini C, Reinhardt LE. Manual de implementação: programa de prevenção de acidentes com material perfurocortantes em serviços de saúde. São Paulo. Fundacentro, 2010. 161p.

Santos UP et al. Sistema de vigilância epidemiológica para acidentes do trabalho: experiência na Zona Norte do Município de São Paulo (Brasil). Rev Saúde Pública[online]. 1990; 286-293.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ASPECTOS QUE INFLUENCIAM A REABILITAÇÃO APÓS ACIDENTE DE TRABALHO POR QUEIMADURAS

# FACTORS INFLUENCING REHABILITATION AFTER BURN WORK ACCIDENT

# ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA REHABILITACIÓN DESPUÉS DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO POR QUEIMADURAS

BRAGA, Diego Duro1
MARTINS, Caroline Lemos2
AMESTOY, Simone Coelho3
ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena4
BRAZ, Dione Lima5
SILVA, Jênifer de Oliveira da6
SANTOS, Evelyn Andrade dos7
ALVES, Carolina Gulart8

1Acadêmico de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). E-mail: diegodurobraga@hotmail.com
2Enfermeira. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEn) da UFPel.
3Doutora em Enfermagem. Professor permanente do PPGEn da UFPel .
4Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Professor permanente do PPGEn da UFPel.
5Enfermeira. Mestranda pelo PPGEn da UFPEL.
6Enfermeira. Egressa da FEn da UFPel.
7Acadêmica de Enfermagem da FEn da UFPel.
8Acadêmica Enfermagem da FEn da UFPel.

**Introdução:** As queimaduras são uma das principais causas externas de morte no Brasil[1]. Entre os locais de maior ocorrência das queimaduras, destaca-se o ambiente domiciliar, seguido pelo ambiente de trabalho, no qual são atingidas com maior frequência as crianças e os adultos do sexo masculino, respectivamente. Os produtos inflamáveis e líquidos superaquecidos são identificados como os agentes causais mais comuns[2,3]. Indivíduos que sofrem queimaduras, independente do tipo de acidente, vivenciam sentimentos e comportamentos semelhantes, tais como, ansiedade e medo. Ainda, como consequência das lesões, os pacientes passam por mudanças físicas e sociais, com alterações fisiológicas e estéticas, de valores, estilo de vida, papel social e relações interpessoais. Estas mudanças

podem ter início com a ocorrência do acidente e permanecer ao longo da vida[4]. O sujeito que não se encontra satisfeito com o sua imagem corporal após a queimadura, poderá ter dificuldades em reintegrar-se ao convívio social e ao ambiente de trabalho. A insatisfação pelo não retorno as atividades laborais pode ser ressaltada pela estreita vinculação entre corpo, trabalho e normalidade[5]. Assim, emerge a necessidade de conhecer os aspectos que permeiam a reabilitação do trabalhador após acidente de trabalho por queimaduras, de maneira a contribuir na reintegração dos sujeitos nos ambientes familiar, laboral e social. **Objetivo:** Conhecer os aspectos que permeiam a reabilitação de indivíduos que sofreram acidentes por queimaduras em ambientes laborais. **Metodologia:** Pesquisa oriunda do trabalho de conclusão de curso intitulado "Perspectiva de sujeitos acerca de aspectos que influenciam a reabilitação após acidente de trabalho por queimaduras", apresentado na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, realizado no domicílio dos sujeitos, os quais foram identificados a partir da consulta dos registros de internação do Centro de Referência em Assistência a Queimados (CRAQ) da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG)**.** A pesquisa obteve o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da ACSCRG (protocolo n° 013/2012). Foram entrevistados pacientes que sofreram acidentes ocupacionais por queimaduras e foram atendidos na instituição. Para a seleção dos sujeitos, foram estabelecidos os seguintes critérios: pacientes adultos, maiores de 18 anos de idade; que sofreram queimaduras por acidentes de trabalho e foram internados para tratamento no CRAQ no período de julho de 2011 a agosto de 2012; independente do sexo, das características clínicas apresentadas (agente etiológico, extensão e profundidade das lesões, entre outros); que possuíam a capacidade de se comunicar em português; moradores da cidade de Rio Grande e cidades circunvizinhas com no máximo 50 km de distância, que aceitaram participar do estudo e, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados e Discussão:** Foram entrevistados dois sujeitos, os quais ao longo da apresentação dos resultados são identificados como participante 1 e participante 2. Participante 1 do sexo masculino, 62 anos, morador de Povo Novo, distrito da cidade do Rio Grande, casado. E, participante 2 do sexo feminino, 56 anos, moradora de Pelotas, solteira. Em relação à ocupação e renda mensal, participante 1, relatou ser agricultor e participante 2 merendeira em uma escola pública Estadual. Ambos recebiam cerca de dois salários mínimos. Participante 1 referiu não possuir plano de saúde, e participante 2, por ser funcionária pública, contava com o auxílio do Instituto de Previdência do Rio Grande do Sul (IPE). O acidente de trabalho por queimadura do participante 1 foi devido a explosão de garrafa de álcool etílico o qual utilizava para ascender o fogão à lenha, ocasionando a queima de suas vestes e lesões por queimadura de segundo e terceiro grau na região do abdome, membro superior direito e membros inferiores. O acidente de trabalho do participante 2 aconteceu ao apresentar uma crise convulsiva durante o preparo dos alimentos da escola em que trabalhava. Neste momento caiu sobre o fogão a gás que estava aceso, sofrendo queimaduras de segundo e terceiro grau

na face e em ambas as mãos. Posteriormente a alta hospitalar, os sujeitos do estudo perceberam que a queimadura provocou um impacto importante nas suas vidas, afetando o dia a dia dos mesmos, bem como, a produtividade e desempenho dos papeis sociais, tanto no ambiente laboral quanto familiar. Isto, devido à redução da capacidade funcional e a presença cicatrizes e sequelas de aspecto emocional e social. As sequelas físicas geradas por uma queimadura de fato afetam a capacidade laborativa de quem sofreu este tipo de trauma, além de atingir seu papel na hierarquia familiar de provedor e seu valor perante a sociedade, já que este está vinculado à sua capacidade de trabalhar[5]. Algumas vezes, as queimaduras resultam em agravos duradouros ou permanentes à saúde, ocasionando perda ou redução de capacidade funcional, além de sequelas físicas e estéticas[5]. Para os sujeitos do estudo destaca-se como o principal fator dificultador para o retorno ao trabalho, a presença de sequelas físicas, sendo esta manifestada pela limitação de movimentos de membros, sensibilidade da pele, presença de retração cutânea e cicatrizes hipertróficas. A presença de sequelas gera uma nova condição de vida para os sujeitos, na qual necessitam se readaptar as rotinas de vida e de trabalho. A presença de cicatrizes visíveis pode afetar a percepção de imagem corporal do trabalhador, e os sujeitos passam a vivenciar sentimentos de receio ou desconforto frente à sociedade, a qual está acostumada a padrões estéticos que supervalorizam a aparência física, e o aspecto deixado pelas queimaduras (presença de cicatrizes ou limitações motoras) é interpretado como diferente e muitas vezes desagradável. Durante a reabilitação, o apoio social por parte de familiares, amigos e colegas de trabalho assume amplo significado para os sujeitos. Este foi considerado como aspecto fundamental atuando positivamente nesse processo. Além disso, a qualidade do cuidado prestado durante o período de internação hospitalar, estruturação do serviço e apoio financeiro fornecido pelo INSS durante o período de afastamento do trabalho foram frisados pelos participantes como aspectos facilitadores para reabilitação. A mudança da conjuntura de vida depois do acidente por queimadura e a vontade de retornar a normalidade, mesmo com o entendimento de que sua vida jamais será a mesma por todos os comprometimentos envolvidos na queimadura, podem influenciar positivamente na recuperação do estado de saúde dessas pessoas. Essas mudanças podem acorrem ao longo da recuperação[4] e, apesar de o acidente ocasionar sequelas e limitações, os sujeitos deste estudo demonstraram sentimento de superação, os quais refletem positivamente na reabilitação. Romper laços com o trabalho, isto é, executar as atividades laborais distintas das anteriormente desenvolvidas, foi referido como tarefa difícil, por representar, o trabalho, parte importante/essencial para os sujeitos, uma vez que fazia parte da vida dos entrevistados há muito tempo, sendo referência para o autoconceito de normalidade no cotidiano individual e social. **Considerações Finais:** O presente estudo teve como objetivo principal conhecer os aspectos que permeiam a reabilitação de indivíduos que sofreram acidentes por queimaduras em ambientes laborais. No período de recuperação das queimaduras, as sequelas físicas e emocionais representam grande influência no processo de reabilitação e reinserção social dos trabalhadores acidentados. As modificações

originadas pelas queimaduras são responsáveis por restringir a rotina do dia a dia dos sujeitos, afetando dessa forma o desempenho de seus papeis nos ambientes familiar, social e laboral. O estudo possibilitou conhecer que durante o processo de reabilitação, após uma queimadura em ambiente de trabalho, os sujeitos passam por inúmeras mudanças de ordem física, estética e emocional, e estas impõem a construção de uma nova história de vida para estes sujeitos. É preciso que as instituições de saúde e empregadoras reconheçam a importância da implementação de planos de reabilitação após um acidente laboral por queimadura, e que se criem políticas públicas para reinserção destes indivíduos ao âmbito laboral, social e familiar, para que, os mesmos, possam retornar a desempenhar seus papeis perante a sociedade.

**Área temática:** Trabalho.

**Descritores:** Queimaduras; Reabilitação; Enfermagem.

**Descriptors:** Burns; Rehabilitation; Nursing.

**Descriptores:** Quemaduras; Rehabilitación; Enfermería.

**REFERÊCIAS:**

1 - Vale ECS. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. An. Bras. Dermatol. 2005; 1(80):9-19.

2 - Oliveira FPS, Ferreira EAP, Carmona SS. Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento. Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum. 2009; 19(1):19-34.

3 - Rossi LA, *et al*. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. Rev Latino-Am de Enfermagem. 2003; 11(1):36-42.

4 - Carlucci VDS, *et al*. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007; 41(1):21-28.

5 - Costa MCS, *et al*. Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. Cogitare Enferm. 2010; 2(15):209-16.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# SERVIÇO DE HIGIENE HOSPITALAR EM ONCOLOGIA: DA LIMPEZA AO VÍNCULO

# HOSPITAL HYGIENE SERVICE ONCOLOGY: CLEANING TO LINK

# SERVICIO DE HIGIENE HOSPITALARIA EN ONCOLOGÍA: DE LIMPIEZA A ENLACE

SALVAGNI, Adelise1
QUINTANA, Alberto Manuel2

1 Psicóloga, Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: adesalvagni@hotmail.com.
2 Psicólogo, Doutor em Ciências Sociais (Antropologia Clínica), professor do Curso de Psicologia e dos Programas de Pós-graduação em Psicologia (Mestrado) e Enfermagem (Mestrado) da Universidade Federal de Santa Maria.

**INTRODUÇÃO:** O trabalho no hospital se caracteriza por vir acompanhado de acontecimentos estressantes e atemorizadores, os quais se encontram carregados de emoções e afetos. Além disso, as características próprias desse trabalho parecem acentuar-se, tanto para os pacientes como para os profissionais, quando diz respeito às especialidades hospitalares que prestam assistência a pacientes acometidos por doenças com baixa possibilidade de cura, como o câncer, por exemplo. No que se refere aos pacientes, quando se trata de uma doença crônica, as emoções se exacerbam devido à ideia de doença incurável e ainda pela forma agressiva na qual se dá o tratamento, o qual, diversas vezes, causa mutilações físicas e afastamento de familiares e amigos, entre outras repercussões. E, em relação aos profissionais da saúde, estes necessitam conviver com o estresse ao atender e estar em contato com tais pacientes, o que os obriga, consequentemente, a um contato constante com a dor, o sofrimento e a morte[1]. Em meio a isso, torna-se importante compreender de que forma este trabalho é percebido pelos profissionais da saúde, e neste grupo pode-se incluir os trabalhadores que não possuem como função principal o cuidado com os pacientes, como é o caso dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar, mas que, de alguma forma, estão em contato constante com os pacientes acometidos pelo câncer e seus familiares. **OBJETIVO:** Em meio a isso, este trabalho objetivou compreender de que maneira trabalhadoras de um serviço de higiene e limpeza hospitalar de um hospital público do interior do Rio Grande do Sul percebem sua relação com pacientes oncológicos e familiares dos mesmos. **METODOLOGIA:** Para tanto, realizou-se um estudo

qualitativo, de forma que foram entrevistadas, individualmente, sete trabalhadoras de um serviço terceirizado de higiene que possuíam contato com pacientes oncológicos por trabalharem nos setores específicos. Buscou-se entrevistar a totalidade das trabalhadoras, porém, uma optou por não participar. Utilizou-se a entrevista semidirigida, de forma que o pesquisador realizou pequenas intervenções através dos eixos norteadores que guiaram a discussão, permitindo que as entrevistadas pudessem falar mais livremente. Todas as participantes eram mulheres, às quais três delas possuíam mais de sete anos de trabalho na instituição hospitalar e quatro possuíam menos de dois anos de trabalho no local. No que se refere à faixa etária, as entrevistadas tinham entre 28 a 48 anos. Os dados foram interpretados conforme a análise de conteúdo, sendo que foram realizadas leituras flutuantes do material e categorizados os assuntos emergentes, segundo os critérios de relevância e repetição[2,3]. Salienta-se que foram seguidas as recomendações éticas em todas as etapas do estudo, de maneira que a pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da instituição sob o registro 0141.0.243.000-11. **RESULTADOS:** A partir da análise das entrevistas, observou-se que os resultados apontam para uma relação de apoio e identificação das trabalhadoras para com os pacientes e/ou familiares, fato que coloca as profissionais em contato direto com o sofrimento, o que também as faz sofrer. Elas buscam confortar as pessoas que estão em tratamento no hospital e criam vínculos significativos com as mesmas, ainda que haja normas por parte da empresa que sugerem o não envolvimento. Dessa maneira, evidencia-se que elas possuem um contato mais significativo com os pacientes e familiares do que se supõe. Isso pode ser confirmado pela literatura, conforme as considerações de que os trabalhadores da higiene e limpeza hospitalar, encontrados em todos os setores da instituição hospitalar, desempenham também funções e ações que não são as previstas para sua atuação, como a ajuda e o cuidado em relação aos pacientes e seus familiares. Assim, ainda que não se reconheça, os trabalhadores da limpeza estão incluídos na equipe de atenção ao paciente.[4] Neste sentido, considerando o ambiente hospitalar, têm-se essa parcela de trabalhadores, os quais apesar de estarem em contato direto com os pacientes e seus familiares e também com diferentes colegas de trabalho, não são responsáveis pelos atendimentos clínicos e, por isso, esse contato praticamente não é considerado.[5] Dessa maneira, percebe-se que há uma invisibilidade em relação a este contato, podendo ocorrer devido à invisibilidade inerente ao trabalho de limpeza e higiene. Aqui, pode-se citar os baixos salários, a alta rotatividade do setor, que fica evidente pelo pouco tempo que as trabalhadoras permanecem no local, além de que geralmente não há uma qualificação formal para o trabalho de limpeza. Estes fatores podem contribuir para esta não seja uma função muito valorizada socialmente. E, assim, como muitas vezes não se reconhece o trabalho, tampouco se reconheceria que há um contato destes profissionais com os pacientes. Porém, as entrevistadas relatam que os percebem em sofrimento e argumentam que não há como negar esta assistência, ainda que não seja uma atividade formalizada ou um dever a cumprir. Assim, elas dividem sentimentos e situações com os pacientes e familiares, o que é motivo de sofrimento, pois as coloca em situação de

perceber sua própria fragilidade e finitude. Considerando que diversas profissionais atuam em local onde há a hospitalização de crianças para o tratamento do câncer, e que esta pode durar longos períodos, o contato com o sofrimento humano torna-se cotidiano, como fazendo parte do trabalho e as trabalhadoras sentem dificuldades em confrontar-se com este sofrimento do outro, pois este traz sofrimento para elas. Isso ocorre porque elas se identificam com estes pacientes, pensam como seria se fossem com elas ou seus familiares, e isso as coloca em posição de sofrer juntamente com as crianças e familiares.[1] **CONCLUSÕES:** Tendo em vista o significativo contato existente entre as trabalhadoras de higiene e limpeza hospitalar com os pacientes acometidos pelo câncer e seus familiares, observa-se a necessidade de atentar para esta relação e suas consequências, considerando a carência de estudos neste âmbito. Fazem-se imprescindíveis mais pesquisas sobre o tema, não apenas em setores oncológicos, mas que possam abranger também trabalhadoras de outros setores. A fim de oferecer o suporte psicológico necessário às trabalhadoras que lidam diariamente com o sofrimento humano, é necessário primeiramente compreender de que forma elas percebem o seu trabalho e o contato com os pacientes. Assim, torna-se possível avaliar estas relações e contribuir para que as trabalhadoras tenham um espaço para falar sobre suas angústias e sofrimentos. Porém, isto será possível a partir do momento em que se dê a visibilidade necessária às trabalhadoras e ao seu sofrimento diante da dor do outro.

**Área temática:** Trabalho.

**Palavras-chave:** serviço hospitalar de limpeza; trabalho; neoplasias.

**Keywords:** hospital housekeeping; work; neoplasms.

**Palabras clave:** servicio de limpieza en hospital; trabajo; neoplasias.

**REFERÊNCIAS**

1. Ferreira NMLA. A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. Rev. Esc. Enferm. USP. 1996; 30(2): 229-253.

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

3. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Vozes; 2003.

4. Sznelwar LI, Lancman S, Wu MJ, Alvarinho E, Santos M. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. Prod. 2004; 14(3): 45-57.

5. Bianchessi DLC, Tittoni J. Trabalho, saúde e subjetividade sob o olhar dos trabalhadores administrativo-operacionais de um hospital geral, público e universitário. Physis (Rio J.). 2009; 19(4): 969-988.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ESTRESSE ENTRE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

# TECHNICAL AND STRESS AMONG NURSING AUXILIARY OF A UNIVERSITY HOSPITAL

# ESTRÉS ENTRE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

STEKEL, Lilian Coelho1
GUIDO, Laura de Azevedo2
COSTA, Letícia Machado da3
POTTER, Clarissa4

1 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de pós graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGENF). Servidora Técnico/administrativa da UFSM/HUSM. e-mail: lilianstekel@gmail.com
2 Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Universidade Federal de Santa Maria
3 Enfermeira. Pós-graduada em Formação Pedagógica de Docentes para a Educação Profissional pelo SEG-Sistema Educacional Galileu. Santa Maria, RS. Servidora técnico/administrativa da UFSM/HUSM.
4 Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

Com o avanço tecnológico e as inovações das instituições hospitalares, muitos estudos estão focados nos indivíduos inseridos nesse ambiente, visto que tais mudanças podem provocar insegurança e comprometer o equilíbrio físico e emocional dos profissionais envolvidos. Desta forma, o estresse está associado a diferentes situações em que a pessoa percebe as demandas provenientes do ambiente, mas também, da sua habilidade para enfrentá-las, ou seja, as reações orgânicas do estresse estão associadas a etapas de caráter biológico, cognitivo, emocional e comportamental[1]. Em vista disso, ao considerar as atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem no âmbito hospitalar de forma rotineira, com o contato direto com pacientes, familiares, doenças crônicas, traumas agudos, enfermidades graves, pode-se destacar ainda importantes fatores de desestabilização na atividade desses profissionais o trabalho fortemente normatizado, fragmentado, devido à divisão das tarefas e técnicas, com um sistema de turnos e de excessiva responsabilidade. Somam-se a isso as questões referentes ao relacionamento interpessoal e a organização do trabalho. Assim, observa-se que os técnicos e auxiliares de enfermagem estão inseridos em

um ambiente determinado pela hierarquia vigente do processo de trabalho em enfermagem. Essa fragmentação, com saberes divididos e hierarquizados, com a divisão das tarefas (intelectual e manual) favorecem o surgimento de crises e conflitos. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo identificar o estresse ocupacional geral dos auxiliares e técnicos de enfermagem no ambiente hospitalar. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Rio Grande do Sul. A população foi composta por técnicos e auxiliares de enfermagem distribuídos nos seguintes setores: unidade tocoginecológica, centro obstétrico, clínica cirúrgica, clínica médica I, nefrologia, clínica médica II, UTI adulto, UTI cardiológica, clínica pediátrica, UTI pediátrica, UTI neonatal, pronto socorro, unidade hemato-oncológica, ambulatório, psiquiatria, bloco cirúrgico, sala de recuperação anestésica, centro de material e esterilização, radiologia. A população de estudo foi composta conforme os seguintes critérios de inclusão: auxiliares e técnicos de enfermagem do quadro permanente (servidores públicos), que realizam atividades assistenciais e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta dos dados ocorreu no período de março a abril de 2010 e os instrumentos foram entregues à população de estudo a partir de informações obtidas no departamento de recursos humanos da instituição como: nome, cargo (técnicos ou auxiliar de enfermagem), unidade de serviço e turno de trabalho. Essas informações facilitaram o acesso e permitiram o controle dos instrumentos e respectivos participantes. Os dados foram coletados por meio de um questionário autoaplicável. Para a identificação do estresse desses trabalhadores, foi utilizada a Escala de Estresse no Trabalho (EET)[2], composta por 23 itens, os quais formam um único fator. Cada item da EET aborda tanto um estressor quanto uma reação ao mesmo. Os autores referem que a decisão de conjugar estressor e reação devem-se à convicção do papel central da percepção como mediadora do impacto no ambiente de trabalho. Para analisar o estresse dos técnicos e auxiliares de enfermagem foi feita uma média geral do grupo de perguntas (média de respostas nos 23 itens), média dos indivíduos em cada item e a média geral de cada indivíduo. Não existe categorização para os resultados, quanto maior a pontuação, maior o estresse. Os dados foram armazenados e organizados em uma planilha eletrônica, no programa Excel (Office XP) e, posteriormente, analisados com auxílio do *software Statistical Analisys System* (versão 8.02) e *Statistica* (versão 7.01). Os resultados foram considerados estatisticamente significativos se $p<0,05$, com intervalo de 95% de confiança. A população constituiu-se de 218 técnicos de enfermagem e 163 auxiliares de enfermagem, totalizando 381 trabalhadores, com predomínio do sexo feminino (87,1%), e idade média de 43,04 anos (±8,77). Apresentaram tempo médio de serviço no HUSM de 12,87 anos (±9,1) e 8,7 anos (±7,42) de serviço na atual unidade. Pode-se constatar que 74,5% desses profissionais não possuem curso de graduação e 85,6% não têm outro emprego. Observa-se, também, que a maioria dos auxiliares de enfermagem possui o curso técnico (72,4%). Quanto ao estresse, observou-se nesse estudo que 59,84% dos técnicos e auxiliares de enfermagem pesquisados obtiveram médio estresse, 39,63% baixo estresse e

0,53% alto estresse. A diferença entre os escores de estresse podem ser influenciadas por fatores externos e que as instituições hospitalares são responsáveis pela diminuição destes fatores, relacionados às condições de trabalho, auxiliando ao trabalhador o desenvolvimento de suas potencialidades e preservando a integridade física e emocional para lidar com os problemas dos pacientes e seus familiares[3]. Os trabalhadores das unidades com maiores médias foram os que atuam na UTI adulto (2,85), Clínica pediátrica (2,39) e sala de recuperação anestésica (2,46). Os técnicos e auxiliares de enfermagem com menores médias de estresse foram os que atuam na clínica médica II (1,92) e UTI cardiológica (1,99). A Escala de Estresse no Trabalho permitiu a identificação dos estressores e das reações aos mesmos. Verificou-se que os itens que apresentaram as maiores pontuações foram "sinto-me irritado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho" (2,92±1,14), seguido de "fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho" (2,80±1,32), "tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional" (2,72±1,16), "as poucas perspectivas de crescimento na carreira têm me deixado angustiado" (2,53±1,24), e "o tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso" (2,51±1,19). A realização deste estudo apontou que os técnicos e auxiliares de enfermagem desta instituição apresentam médio estresse e as estratégias de enfrentamento mais utilizadas são focadas no problema. Cabe destacar que as estratégias de enfrentamento podem ser aprendidas e as ações deliberadas, logo convém que os indivíduos sejam educados, orientados e treinados para o enfrentamento de situações que possam ser previsíveis no trabalho, o que pode reduzir a exposição destes profissionais aos estressores. Os resultados desta pesquisa podem servir de subsídios para ampliar a qualidade de vida no trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam em hospitais. A identificação dos estressores pode viabilizar ações para elencar estratégias de enfrentamento eficazes para lidar com o estresse no trabalho, com repercussões no desempenho, na saúde e na qualidade da assistência. Esta pesquisa pode igualmente contribuir para o aprimoramento da compreensão do estresse dos técnicos e auxiliares de enfermagem no ambiente hospitalar, propiciar reflexões sobre o trabalho destes profissionais e estimular pesquisadores no sentido de realizar estudos futuros que possam promover e complementar o aprofundamento da análise das relações de estresse e *coping* no trabalho da enfermagem. Por fim, acredita-se que o conhecimento das situações estressoras no trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem no hospital, pode favorecer o desenvolvimento de habilidades para minimizar o estresse, permitindo um desempenho otimizado de suas funções.

**Área temática:** Trabalho

**Descritores:** Estresse; Enfermagem; Trabalho.

**Keywords:** Nursing; Stress; Work

**Descriptors:** Enfermería; estrés; trabajo

Número do Protocolo de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP: 23081.017073/2009-20

**REFERENCIAS**

1 LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

2 PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de psicologia,** v.9, n.1, p.45-52, 2004.

3 BIANCHI, E. R. F. **Stress entre enfermeiros hospitalares**. [livre docência]. São Paulo SP: Escola de Enfermagem USP; 1999.

# O INÍCIO DA VIDA PROFISSIONAL COMO ENFERMEIRA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

# THE BEGINNING OF LIFE AS A PROFESSIONAL NURSE: EXPERIENCE REPORT

# EL PRINCIPIO DE LA VIDA COMO ENFERMERA PROFESIONAL: RELATO DE EXPERIENCIA

AOZANE, Fabiele1
MISTURA, Claudelí2
GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira3

1 Relatora. Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Enfermeira assistencial do Hospital Unimed Noroeste de Ijuí/RS. E-mail: fabiele_aozane@yahoo.com.br
2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEng) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
3 Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf da UFSM.

**Introdução:** O primeiro emprego como enfermeiro pode ser avaliado como um desafio ou considerado como uma ameaça, pois exige atitude, competências e habilidades. A maneira como a pessoa irá definir a enfrentar esta situação, como uma ameaça ou como um desafio, terá importantes repercussões nas estratégias que irá utilizar para vivenciá-lo[1]. A transição das atividades acadêmicas para a inserção profissional do enfermeiro direcionada a prática, pode ser um gerador de ansiedade, estresse e de novos aprendizados. Parte-se da experiência de uma abordagem teórico-prática, até o momento vivenciado em espaços acadêmicos e atividades práticas em campo de estágios, para o enfrentamento da nova realidade. Esta vai exigir que o enfermeiro aplique os conhecimentos adquiridos durante a graduação, adequando-os e aprimorando-os conforme a demanda imposta no seu local de trabalho. A inserção do enfermeiro no primeiro emprego passa de uma necessidade profissional a um ato de coragem, por estar assumindo áreas que, muitas vezes, podem ser pouco familiares e pela dificuldade natural de estar inserindo-se como iniciante no mercado de trabalho. Nesta inserção destacam-se, ainda, os desafios e a imprevisibilidade do cotidiano, os medos, a falta de confiança da equipe de enfermagem e, também, dos gestores do local de trabalho contratante, os quais se constituem nos chamados entraves profissionais vivenciados pela maioria dos iniciantes ao desempenhar a função de

enfermeiro[2]. **Objetivos:** Este estudo objetivou relatar a vivência de uma enfermeira na condição de iniciante no trabalho em uma unidade de internação hospitalar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. O período da experiência refere-se aos meses de setembro, outubro e novembro de 2011. A vivência ocorreu em uma unidade de internação hospitalar no Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. **Resultados:** Um dos principais desafios encontrados ao iniciar no local de trabalho foi a inserção a um grupo de pessoas desconhecidas, as quais trabalhavam por um tempo prolongado na unidade e apresentavam "resistências" a novas ideias e ao seguimento de procedimentos padronizados. Como exemplo cita-se os "vícios" em realizar punção venosa sem equipamento de proteção, como luvas e, também a realização da aspiração de vias aéreas sem o uso das proteções individuais preconizadas, no que se refere ao uso de óculos de proteção individual. Foi necessário orientar a equipe, conscientizando-os sobre a segurança individual na assistência a saúde, simulando situações em que os mesmos poderiam entrar em contato com as secreções produzidas pelo paciente e as implicações disso para o bem estar físico e emocional dos mesmos. Percebeu-se que a não permanência de enfermeiro fixo na unidade, ou seja, a troca frequente de enfermeiros, como vinha acontecendo neste setor do hospital, gerava instabilidade nos que desenvolvem os cuidados de enfermagem e também ao novo enfermeiro responsável pela unidade de cuidados assistenciais. Verificou-se que o enfermeiro é referência para a equipe de enfermagem, no que tange as orientações para que o cuidado seja efetuado com qualidade, bem como, sendo fonte de equilíbrio para a equipe. Outro desafio vivenciado na prática como enfermeira iniciante, foi a de proporcionar oportunidades de crescimento para os demais profissionais de enfermagem, de refletir sobre atitudes e condutas frente a assistência, como também, fortalecer o relacionamento com colegas, pacientes e familiares. Cabe destacar que outros desafios, tanto administrativos e como assistenciais surgiam com o tempo da prática na unidade hospitalar. Sobre o trabalho na parte administrativa, uma das dificuldades foi o período de adaptação com a dinâmica do setor, como o pedido de medicamentos e materiais, realização das escalas dos profissionais da equipe de enfermagem, aprazamento da administração de medicamentos, entre outros. Na parte assistencial, os desafios direcionaram-se ao elevado número de pacientes para realizar procedimentos e a oferta de informações sobre o funcionamento de outros setores do hospital em um curto período de tempo. Muitas vezes, tornou-se difícil discernir as prioridades para que o trabalho fosse realizado de forma eficaz e com qualidade, e, até, algumas vezes, atrapalhando o direcionamento da equipe de enfermagem na execução de suas tarefas e procedimentos na prática assistencial. Além disso, era necessário ocupar-se com tarefas que fogem das funções do enfermeiro, tendo que muitas vezes, atender e resolver questões administrativas e referentes a manutenção de materiais da unidade, como certificar-se das condições e funcionamento dos leitos da unidade, dos sistemas de aspiração, vácuo e oxigênio, bem como identificar problemas com as bombas de infusão de medicamentos, por exemplo. A partir dessa vivência, outra dificuldade encontrada relativa aos padrões de comunicação foi

de manter uma boa relação com pessoas. Na enfermagem trabalha-se com diferentes personalidades, e em algumas situações é relevante contornar e amenizar situações conflitantes. Essa dimensão da prática profissional é trabalhada com pouca ênfase durante a formação profissional. Nesse sentido, destaca-se que o esforço das pessoas, quando pretendem trabalhar engajadas no alcance do mesmo objetivo e desenvolver vínculos profissionais saudáveis, deve ser dirigido para aproximar ação e discurso e o enfermeiro deve estar preparado para trabalhar com as características individuais de cada membro da equipe, assumindo papel de liderança junto aos demais[3]. O trabalho da equipe de enfermagem pode ser considerado interdependente, pois os cuidados de enfermagem necessitam da relação entre todos os profissionais. Assim, a comunicação é uma importante ferramenta para facilitar essa integração dentro da equipe e consequentemente promover a qualificação do cuidado prestado[4]. O domínio das relações interpessoais no ambiente de trabalho é inatingível, somente as experiências diante de acontecimentos vão aperfeiçoar e permitir a proximidade do enfermeiro para com a equipe, bem como determinarão como agir em determinadas circunstâncias, das quais exigirá tomada de atitudes com precisão e agilidade. É relevante promover, mesmo com esses desafios e dificuldades encontradas na prática iniciante como profissional, uma assistência de enfermagem diferenciada aos pacientes, tentando conhecer e adaptar a rotina do seu domicilio para o ambiente hospitalar. Essa visão foi uma das atividades desenvolvidas e trabalhadas com a equipe de enfermagem no intuito de qualificar o atendimento e o cuidado. Toda instituição hospitalar tem horários definidos para a realização de procedimentos, administração de medicamentos e dietas, porém, oferecer ao paciente a oportunidade de escolha torna-o proativo na sua recuperação. A preocupação em ouvir o paciente torna o fazer da enfermagem mais humanizado, possibilitando que se preste um cuidado diferenciado. Ao encontro dessa perspectiva, evidencia-se que a comunicação tem papel extremamente importante e, para tal, a equipe precisa estar comprometida e envolvida para entender que é primordial reconhecer o paciente como sujeito do cuidado e não passivo a ele[4]. C**onclusões:** A prática inicial como enfermeira foi marcada pela vivência de sentimentos de insegurança e medo de trabalhar em um local e com pessoas desconhecidas. Também, pelos desafios e dificuldades que precisaram ser enfrentados com o decorrer do tempo na prática profissional. Sair da condição de acadêmica para profissional exigiu, além dos conhecimentos teórico-práticos, desenvolver habilidades de relacionamento com os integrantes da equipe de enfermagem, como também organização diante das demandas burocráticas e assistenciais na unidade hospitalar. Dessa forma, as experiências provocadas por esse "mundo novo", podem tornar o profissional enfermeiro iniciante mais seguro nas próximas ações e também, ampliar seus conhecimentos na promoção da melhoria dos cuidados assistenciais diferenciados aos pacientes e a sua família.

Á**rea temática:** Trabalho

**Descritores:** Enfermagem; Trabalho; Prática Institucional; Enfermagem Prática.

**Descriptors:** Nursing; Work; Practice Institutional; Nursing Practice.

**Palabras clave:** Enfermería, Trabajo, práctica institucional, la práctica de enfermería.

**REFERÊNCIAS**

1 Silva DGV, Souza SS, Trentini M, Bonetti A, Mattosinho MMS. Os desafios enfrentados pelos iniciantes na prática de enfermagem**.** Rev esc enferm USP [online]. 2010; 44(2):511-6.

2 Prudêncio F, Santos Júnior MR. A travessia do mundo do ensino de graduação em enfermagem ao mundo da empregabilidade em saude: a voz dos egressos da turma de enfermeiros pioneiros da Univali-CE, Biguacu. [monografia]. Biguaçu: Universidade do Vale do Itajai; 2006.

3. Thofehrn MB, Amestoy SC, Porto AR, ArrieiraI CO, Dal Pai D. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. Rev. enferm. saúde, Pelotas (RS) 2011 jan-mar;1(1):190-198.

4. Priscilla Valladares BrocaI, Márcia de Assunção Ferreira. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasilia 2012 jan-fev; 65(1): 97-103.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ESTRATÉGIAS DE *COPING* NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE ATENDIMENTO AO QUEIMADO: REVISÃO DE LITERATURA

# COPING STRATEGIES OF NURSING TEAM FOR TREATING BURNED PERSONS: LITERATURE REVIEW

# ESTRATEGIAS DE COPING EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN AL QUEMADO: REVISIÓN DE LA LITERATURA

ANTONIOLLI, Liliana1
MARTINS, Caroline Lemos2
AMESTOY, Simone Coelho3
BRAZ, Dione Lima4
BARTEL, Tainã Eslabão5
BRAGA, Diego Duro5
SILVA, Jênifer de Oliveira da6
ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena7

1 Acadêmica da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Bolsista PROBEC do Grupo de Extensão e Pesquisa em Queimaduras (GEPQ); Contato: l.antoniolli@hotmail.com;
2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEn) da UFPel. Membro do GEPQ;
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Professor Permanente do PPGEn da UFPEL;
4 Enfermeira. Mestranda do PPGEn da UFPEL. Membro do GEPQ;
5 Acadêmico da FEn da UFPel. Bolsista PROBEC do GEPQ;
6 Enfermeira, pela FEn da UFPel. Membro do GEPQ;
7 Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Docente da FEn da UFPel. Coordenadora do GEPQ.

**Introdução:** A enfermagem é apontada como uma das profissões na qual se identifica elevado nível de estresse ocupacional devido à responsabilidade em lidar cotidianamente com a vida do outro[1]. Sendo assim, a equipe de enfermagem que atua em um Centro de Tratamento de Queimaduras convive com situações de intensa dor relatada pelos pacientes, que se intensifica durante os cuidados e rotinas de enfermagem aos quais os indivíduos são submetidos, potencializando o estresse e angústia entre os profissionais[2]. O estresse é definido como um conjunto de perturbações orgânicas e psíquicas provocadas por vários estímulos ou agentes agressores, como a ampla responsabilidade profissional da equipe de

enfermagem e a exposição a intensas emoções que, podem gerar sentimentos e reações diversas (agradáveis ou desagradáveis) entre a equipe, como resposta as situações vivenciadas no cotidiano de trabalho[3]. Para a garantia do desenvolvimento de suas atividades laborais, os profissionais de enfermagem necessitam criar estratégias de *coping* e/ou enfrentamento, a fim de superar ou neutralizar as situações estressoras do seu ambiente de trabalho. Na busca pela minimização do estresse, os indivíduos usam estratégias de enfrentamento que, a partir de suas avaliações internas, são mais efetivas para enfrentar determinado acontecimento. A este conjunto de esforços cognitivos e comportamentais conscientemente utilizados pelo indivíduo para administrar o estímulo estressante da relação indivíduo/ambiente, nomeia-se *coping* e/ou estratégias de enfrentamento[3,4]. O conhecimento de como a equipe de enfermagem utiliza as estratégias de *coping* pode contribuir para a qualidade de vida no trabalho e no estabelecimento de meios que permitam a garantia do equilíbrio emocional e da saúde mental destes trabalhadores. **Objetivo:** Analisar por meio de uma Revisão de Literatura as estratégias de *coping* utilizadas pelas equipes de enfermagem atuantes em Centro de Tratamento de Queimaduras, frente a situações de estresse na assistência ao paciente queimado. **Metodologia:** Foram consultadas as bases de dados do Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (PUBMED) e na biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), utilizando os descritores: *burns; adaptation, psychological; nursing; coping*. Definiu-se como critérios de seleção: estudos com seres humanos, publicados nos últimos 10 anos (2003-2012), nos idiomas inglês, português ou espanhol; que abordaram a temática em destaque, independente do delineamento e que possuíam texto completo disponível na íntegra. Os artigos em duplicata foram considerados uma única vez e excluíram-se os artigos com critérios distintos aos estabelecidos. **Resultados:** Identificou-se 266 títulos e resumos, sendo 21 artigos selecionados para análise na íntegra, destes três não possuíam texto completo disponível, oito estavam duplicados e dois não abordavam a temática, sendo excluídos. Apenas oito artigos contemplavam os critérios de inclusão estabelecidos e foram considerados para a análise, dos quais seis de abordagem qualitativa e dois de abordagem quantitativa - não experimental. A maioria dos estudos foi publicada no idioma português (sete) e um em inglês; foram realizados em ambiente de Centro de Tratamento de Queimaduras, seis estudos, tendo como sujeitos da pesquisa a equipe de enfermagem, um abordou tanto a equipe de enfermagem quanto pacientes, e um estudo abrangeu diversos profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais de nível superior. Nenhum dos estudos caracterizou os participantes segundo sexo e idade. Em relação às situações estressoras, dois estudos destacaram que tanto os profissionais como os pacientes apontaram a hora do banho e a realização de curativos como os momentos mais dolorosos para o paciente portador de queimaduras; assim como o momento da fisioterapia. A estratégia de *coping*, frequentemente, utilizada pela equipe de enfermagem durante o banho e realização de curativos é "ser firme" com o

paciente. De acordo com a produção científica sobre o tema, os profissionais de enfermagem do Centro de Tratamento de Queimaduras reconhecem que estes procedimentos são causadores de dor e preocupam-se em amenizá-la, com a administração de analgésicos e fazendo o procedimento da maneira menos dolorosa possível, na tentativa de diminuir o sofrimento do individuo. Ainda, os profissionais apesar de afirmarem que é importante ter habilidade para falar, com educação e respeitando a dor do outro, precisam ser firmes, isto é, fazer os procedimentos necessários conforme as rotinas de cuidados, pois isso é essencial para garantir o bem estar futuro do individuo. Outro estudo apontou que os profissionais do Centro de Tratamento de Queimaduras afirmaram sentirem-se impotentes diante da não resolução da dor do paciente queimado, visto que os analgésicos apenas minimizam a dor potencializada pelos procedimentos de cuidado. Contudo os profissionais da equipe de enfermagem entrevistados neste estudo relatam precisar cumprir as tarefas, uma vez que elas fazem parte da rotina de cuidados e são importantes para promover a melhora clínica do individuo que está sob seus cuidados, para isso apontam o sentimento de dever cumprido pela realização da assistência como a estratégia de *coping* utilizada. Apesar de saber que suas condutas causarão dor ao paciente, sentir-se-iam pior, se não realizassem o cuidado. A expectativa do profissional de enfermagem de que o paciente suporte a dor durante os cuidado, é outra estratégia de *coping* relatada, sendo esta atitude esperada principalmente por parte dos indivíduos que realizaram algum tipo de autoagressão. A oração, também apareceu em um estudo como estratégia de enfrentamento adotada pelos profissionais de enfermagem, pois o profissional sente-se amparado por um "ser superior" e busca nos recursos espirituais formas para realizar as atividades desgastantes. Em relação ao alívio da sensação de esgotamento físico e emocional após os procedimentos já mencionados, a estratégia de *coping* mencionada pelos profissionais é conversar sobre assuntos externos ao Centro de Tratamento de Queimaduras, e manifestar ter a consciência tranquila, devido a sua "tarefa" profissional ter sido cumprida. Uma situação estressora observada nos estudos, e relatada pelos pacientes, ocorre nos plantões noturnos, momento em que a dor psicológica ou emocional se instala pelas lembranças do acidente, privação do convívio diário com a família, amigos e trabalho, medo da vida após o acidente ou medo da solidão da noite que se aproxima. Nestas situações, não há relatos diretos sobre o *coping* utilizado pelas equipes para lidarem com estas emoções, sendo apenas referida a administração de medicamentos antidepressivos e analgésicos aos pacientes. Esta atitude indica uma resposta de fuga por parte dos profissionais de enfermagem, na qual este prefere preservar-se e não se envolver na resolução da situação estressora, ou seja, *coping* centrado na emoção. Porém, outra estratégia que poderia coexistir com a medicação seria o desenvolvimento da escuta terapêutica e compreensão empática dos sentimentos do paciente, os profissionais empenhando-se pela resolução da situação estressora, ou seja, *coping* centrado no problema. **Conclusão**: Identificou-se que as estratégias de *Coping* ou de enfrentamento utilizadas pelos profissionais atuantes em Centros de Tratamento de Queimaduras, com base na revisão de literatura, estão relacionadas à realização do cuidado

de forma intransigente, observado pelo relato de assumir uma postura "firme"; satisfação em ter realizado seu trabalho, percebido pelo "sentimento de dever cumprido"; recorrer à oração; acreditar que o paciente suporta a dor; conversar sobre assuntos que não envolvam o trabalho e realizar os procedimentos envolvendo-se o mínimo possível com o aspecto emocional do paciente. Estas estratégias possuem um objetivo em comum, permitir que as rotinas de cuidado nos Centros de Tratamento de Queimaduras sejam respeitadas e realizadas sem gerar adoecimento nos membros da equipe de enfermagem. Acredita-se que o conhecimento dos estilos de *coping* no trabalho de enfermagem constitui um tema relevante para a qualidade de vida no trabalho e para a saúde mental das equipes, além de refletir diretamente no atendimento aos pacientes, demonstrando a relevância de investimentos, por parte dos investigadores, em estudos futuros nesta temática.

**ÁREA TEMÁTICA**: Trabalho

**DESCRITORES**: Queimaduras; Adaptação Psicológica; Equipe de Enfermagem

**DESCRIPTORS**: *Burns; Adaptation, Psychological; Nursing, Team*

**DESCRIPTORES**: *Quemaduras; Adaptación Psicológica; Grupo de Enfermería*

**REFERENCIAS**:

1. Stacciarini JMR, Tróccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Rev Lat Am Enfermagem. 2001 março; 9(2):17-25.

2. Rossi LA, *et al.* A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. Rev. Lat Am Enfermagem. Ribeirão Preto. 2000 julho; 8(3):18-26.

3. Andolhe R, Guido LA, Bianchi ERF. Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(3):711-20.

4. Negromonte MRO, Araujo TCCF. Impacto do manejo clínico da dor: avaliação de estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde. Rev Lat Am Enfermagem. 2011 mar-abr; 19(2):[07 telas].

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# TRABALHADORES DA SAÚDE: RELAÇÕES E SATISFAÇÃO

# HEALTH WORKERS: RELATIONS AND SATISFACTION

# PERSONAL DE SALUD: RELACIONES Y SATISFACCIÓN

FALEIRO, Heloisa 1
SILVA, Maiara I. F. da [2]
WEIGELT, Leni Dias[3]
REZENDE, Maristela Soares de4
FINKLER, Camila5

1 Acadêmica de Enfermagem do 5º semestre, Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS bolsista PUIC, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC (lolofaleiro@hotmail.com).
2 Acadêmica de Enfermagem do 6º semestre, Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS bolsista PROBIC/FAPERGS, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.
3 Doutora em Desenvolvimento Regional, Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia, Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.
4 Mestre em Desenvolvimento Regional do Departamento de Enfermagem e Odontologia, Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.
5 Acadêmica de Enfermagem do 6º semestre, Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS bolsista PROBIC/FAPERGS, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

O estudo é um recorte da pesquisa: "O processo de gestão do trabalho e de Educação Permanente em saúde dos trabalhadores que atuam no SUS, no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS (CRS/RS)", desenvolvida desde 2012 por pesquisadores e bolsistas do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Os municípios do estudo compreendem Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires, Vera Cruz, Rio Pardo, Candelária, Vale do Sol, Vale Verde, Passo do Sobrado, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Sinimbu e Pântano Grande, totalizando uma população em torno de 327.158 habitantes, localizados na região central do estado do Rio Grande do Sul. Com a mobilização de usuários dos serviços públicos que passam a exigir melhores serviços, se confirma o empoderamento dos sujeitos, entre estes estão os pacientes[1]. O trabalho em equipe de saúde define-se como uma rede de relações entre pessoas, de poderes, saberes, de afetos e desejos, afinal é produzido algo imaterial, que mesmo sem ter forma concreta influencia na vida das pessoas, tendo significados diferentes para cada um. Constitui-se no seu fazer a cada dia, transpondo momentos de dificuldades à satisfação.[2] As pessoas utilizam fatores internos e externos, como o pensar e o agir em busca de suas metas e objetivos. A motivação no trabalho pode ser avaliada através de aspectos como as relações, a autonomia no trabalho, o salário, as

condições oferecidas, a carga horária, dentre outros fatores. Sendo que a harmonia e fatores psicológicos, no ambiente de trabalhado, podem sofrer alterações de acordo com a satisfação e motivação do trabalhador[3]. Esse estudo tem por objetivo conhecer a percepção dos trabalhadores da saúde pertencentes a 13ª CRS/RS, em relação à receptividade dos usuários bem como o relacionamento interpessoal na equipe de saúde. Primeiramente, os representantes dos municípios enviaram ao GEPS a relação de trabalhadores das Secretarias Municipais de Saúde, totalizando 1.940 trabalhadores na região de abrangência da 13ª CRS/RS. A partir deste total foi realizado o cálculo estatístico, para definição da amostra, em que ficou constituída de 322 indivíduos para este estudo. Destes, 7 sujeitos optaram por não participar e 15 trabalhadores não foram encontrados no local de trabalho devido a férias, afastamento ou ausências por motivos particulares. Portanto, participaram da pesquisa 300 (93,16%). O instrumento aplicado foi um questionário composto por questões abertas e fechadas. Juntamente com o questionário foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme estabelece a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Sendo estes assinados pelos respondentes. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC sob protocolo nº3054/11. Os dados foram organizados por meio do *software Statístical Package for the Social Sciences* 20.0 (SPSS), e posteriormente analisados pelos pesquisadores do GEPS. Além da aplicação do questionário, foi realizado o Grupo Focal com objetivo de relacionar as informações da investigação quanti-qualitativa com os relatos de experiências e vivências. O grupo foi realizado em uma sala de aula na UNISC e constituído por 12 representantes de dez municípios pertencentes à 13ªCRS/RS, além de um moderador e um pesquisador. Os dados coletados através do questionário e da realização do Grupo Focal foram relacionados e analisados, desta forma, identificando as temáticas emergentes, seguindo o que preconiza o método da análise de conteúdo.[4] Os resultados apontaram que destes trabalhadores de saúde, 50% (149) afirmaram ser muito boa a relação com a equipe, 48% (142) disseram ser boa, 2% (7) avaliam como regular e somente um sujeito julga ruim seu relacionamento interpessoal com colegas de trabalho. Percebe-se por tanto, a satisfação da maioria dos trabalhadores (98%), no que se refere a inter-relação na equipe. No presente estudo, do total de 300 trabalhadores pesquisados, 101 (34%) afirmaram ser muito boa a receptividade dos usuários em relação ao seu trabalho, 173 (58%) disseram ser boa, 21 (7%) afirmaram ser regular, 3 (1%) disseram ser ruim, um indivíduo pesquisado acredita ser muito ruim e outro não opinou. No estudo de caso, realizado em São Paulo, observou-se através de relatos, a importância da escuta apurada dos profissionais em relação às prioridades de cada usuário, ocorrendo flexibilidade no atendimento da unidade de saúde. O relacionamento entre profissional de saúde e usuário constitui a integralidade, além do sistema de referência e contra referência, garantindo acesso do indivíduo nos diversos níveis de atenção ocorrendo a resolutividade, conforme a necessidade de cada um[5]. Durante o Grupo Focal da pesquisa atual, os representantes dos municípios foram questionados sobre a sua satisfação em relação às atividades que desenvolvem, a maioria dos trabalhadores da saúde afirmaram ser o reconhecimento do seu trabalho, plano de carreira e trabalho em equipe. Os pesquisados também julgaram que as condições de trabalho, o retorno dos pacientes, o gostar do que se faz, a sobrecarga, a questão financeira e as trocas de conhecimento entre os colegas de trabalho, são

condições que interferem nos sentimentos em relação ao trabalho. Este resultado vai ao encontro da pesquisa realizada por Batista, tendo como enfermeiros o público alvo na qual, foi solicitado aos entrevistados que listassem os fatores que os motivassem a permanecer no trabalho atual. Assim, foi evidenciado que a grande maioria atribui o fato de gostar do que faz, seguido por bom relacionamento multiprofissional, crescimento profissional, resolutividade e compromisso com a população, condições de trabalho, carga horária e ambiente, além de apoio do gestor e a remuneração[3]. Em ambos os estudos, viu-se que a remuneração não é o principal fator relacionado à satisfação dos trabalhadores. A relação entre a equipe e o reconhecimento do trabalho realizado estavam presentes dentre os principais fatores motivacionais. Portanto, entende-se que diversos fatores interferem no processo de trabalho dos serviços de saúde. Os trabalhadores estão expostos a diferentes contextos e relações interpessoais. Tanto na equipe, quanto com os usuários, as vivências e experiências agradáveis surtem satisfação. A remuneração pelo trabalho prestado é um fator importante, mas nem sempre apontado em primeiro lugar como motivo de satisfação. O plano de carreira, em que o trabalhador de saúde é reconhecido pelos seus investimentos em qualificação profissional, é frequentemente apontado como valorização e gerador de satisfação.

**Área temática:** Trabalho

**Descritores:** Trabalho; Saúde; Relações Interpessoais.

**Descriptors:** Work; Health; Interpersonal Relations.

**Descriptores:** Trabajo; Salud; Relaciones Interpersonales.

**REFERÊNCIAS**

1Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciência e Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2005 [acessado em 2013 jul 23] 10(3) [aproximadamente 15p]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf

2Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos de processo grupal e de grupos operativos. Rev Latino-am Enfermagem [periódico na internet]. 2005 março/abril [acessado em 2013 jul 23] 13(2) [aproximadamente 7p] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020

3Batista AAV, Vieira MJ, Cardoso NCS, Carvalho GRP. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. Ver Esc Enferm USP [periódico na internet]. 2005 [acessado em 2013 jul 23] 39 (1) [aproximadamente 7p] Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a11v39n1.pdf

4Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.

5Franco FA, Hino P, Nichiata LYI, Bertolozzi MR. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. Esc Anna Nery [periódico na internet] 2012 jan/março [acessado em 2013 jul 23] 16 (1) [aproximadamente 6p] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100021

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A PROMOÇÃO DA RESPONSABILIDADE SOCIOAMBIENTAL EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: DADOS PARCIAIS

SOARES, Sabrina Gonçalves Aguiar[1];
CAMPONOGARA, Silviamar[2];
NEVES, Eliane Tatsch[3].

[1]Enfermeira; Mestranda em Enfermagem; Universidade Federal de Santa Maria; E-mail: enfsabrinasoares@yahoo.com.br;
[2]Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente; Universidade Federal de Santa Maria.
[3]Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente; Universidade Federal de Santa Maria.

**INTRODUÇÃO:** A problemática ambiental e suas repercussões em todos os aspectos relativos à saúde humana tem sido temática central em diversos cenários, uma vez que, perpassa a perspectiva social, política, econômica, biológica e cultural. Dessa maneira, especial destaque deve ser dado à área da saúde, mais especificamente às instituições de saúde, visto que, também contribuem para o agravamento dessa problemática. Entende-se, portanto, que as instituições de saúde necessitam se tornar facilitadoras do processo de promover a sustentabilidade, oportunizando aos seus trabalhadores, o sentimento de responsabilidade socioambiental, ampliando a consciência ambiental, no sentido de permitir uma postura ética que possibilite um agir e refletir fundamentado na globalidade do ser. Tem-se como objetivo descrever o que tem sido produzido sobre responsabilidade socioambiental no contexto hospitalar. **METODOLOGIA**: Trata-se de uma revisão narrativa desenvolvida em três bases de dados indexadas. Sendo assim, foi realizada uma busca por produções científicas disponíveis *online* nas bases de dados *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Publisher Medline* (PUBMED), no período de maio a junho de 2012. Nas bases de dados LILACS e MEDLINE foram associados os descritores em formulário avançado: responsabilidade social *or* responsabilidade institucional *or* responsabilidade legal *or* responsabilidade profissional *and* meio ambiente *or* ecologia *or* desenvolvimento sustentável or desequilíbrio ecológico *or* educação ambiental *or* gestão ambiental *or* resíduos de serviços de saúde. Já na base de dados PUBMED foram cruzadas as palavras-chave: *social responsability and environment and hospital*. Não houve recorte temporal para as publicações, uma vez que objetivou-se capturar todas as produções até então publicadas. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigo disponível *online* na íntegra, gratuito e versar sobre a temática pesquisada. A pesquisa na base de dados LILACS resultou em 30 estudos, sendo excluídos 13 livros, quatro teses/dissertações, dois por não

estarem disponíveis *online* na íntegra, dez por não contemplar a temática pesquisada e um resumo. Logo, nenhuma produção desta base contemplou os critérios de inclusão do estudo. Na base de dados MEDLINE, a busca resultou em 157 estudos, sendo que foram excluídos 150 por não contemplarem a temática pesquisada e seis por não estarem disponíveis *online* na íntegra. Dessa maneira, apenas um contemplou os critérios adotados. Na base PUBMED, a busca resultou em 315 estudos, sendo 293 excluídos por não versar sobre a temática pesquisada, dois por tratar-se de informativo institucional, sete por não estar disponível *online* na íntegra e um por já constar na busca na base de dados MEDLINE. Desse modo, apenas 12 artigos contemplavam os critérios utilizados. Diante disso, compuseram o *corpus* de análise 13 produções científicas. Após procedeu-se a leitura criteriosa das publicações selecionadas para o estudo. Os dados obtidos foram registrados em um quadro sinóptico construído pelos pesquisadores. A leitura foi realizada de forma a caracterizar as publicações e a identificar as categorias relevantes na construção do conhecimento sobre o tema, as quais sofreram um processo de análise e interpretação. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A partir da caracterização das produções encontradas, quanto ao ano de publicação, destaca-se que houve um maior número no ano de 2003, com três publicações, seguido, respectivamente, por 2005, 2007 e 2010, com duas publicações cada. Os países que mais publicam acerca da temática investigada são Canadá e Estados Unidos da América, com cinco publicações cada. Os demais foram Portugal, Reino Unido e Inglaterra, cada um com uma publicação apenas. Com relação à categoria profissional dos autores, há uma diversidade de profissões, não sendo, necessariamente, vinculados ao setor saúde. Porém, houve um predomínio de médicos e enfermeiros, seguido de advogados. No que tange aos periódicos, o que mais publicou acerca da temática foi o *Health Progress* dos Estados Unidos da América, com três publicações. Os demais apresentaram uma publicação cada. Com base na análise dos resultados, depreende-se que, estudos voltados a essa temática não tem sido amplamente realizados no meio acadêmico, identificando-se uma lacuna na produção científica sobre o tema, especialmente em nível nacional, na medida em que foram encontradas apenas 13 publicações, todas internacionais. Diante desse panorama percebe-se que maior atenção tem sido dada aos prejuízos advindos das atividades assistenciais de saúde em âmbito mundial, na medida em que, alguns estudos apontam estratégias para tornar as instituições de saúde "amigas" do meio ambiente. Entretanto, não foram identificados estudos que tenham como foco o aprofundamento teórico conceitual, tampouco que tenham o intuito de investigar a responsabilidade socioambiental por parte dos trabalhadores da saúde. Após análise das produções encontradas, destacou-se a categoria: **Adoção de estratégias sustentáveis por parte de instituições hospitalares.** Segundo as produções científicas encontradas, várias atividades podem ser realizadas com o intuito de que as instituições de saúde se transformem em locais responsáveis ambientalmente. Em geral, as instituições de saúde consomem recursos significativos, gerando, inevitavelmente, resíduos de saúde, que têm o potencial de poluir o ambiente se não forem devidamente geridos[1]. Logo, o gerenciamento de resíduos de

serviços de saúde constitui-se na base para a sustentabilidade das instituições de saúde, tornando-se a peça-chave para a sustentação de um sistema de saúde seguro[2]. Outra ferramenta importante é o gerenciamento do consumo de água e energia, uma vez que, os hospitais consomem quantidades significativas de energia e água e, muitos não dão resposta à necessidade de desenvolver eficiência energética ou utilização de recursos renováveis[3]. Aspecto não menos importante e que não deve passar despercebido é a incineração de resíduos. Durante muito tempo, os hospitais utilizavam a incineração para dar a destinação final aos resíduos gerados. No entanto, esse procedimento dispersa um montante inaceitável de resíduos químicos tais como dioxinas, metais pesados e outros produtos químicos tóxicos para a atmosfera[3], uma alternativa segura e prática que pode ser adotada, é a autoclavagem[4]. A implementação da política de compras também pode ser considerada uma importante alidada, na medida em que se pode adotar critérios para compras de produtos/serviços sustentáveis, como também pode-se reduzir a utilização de papéis e plásticos descartáveis em atendimento de rotina e administração, entre outras. Assim, evidencia-se que várias medidas podem ser adotadas no sentido de transformar as instituições de saúde em locais responsáveis ambientalmente. **CONCLUSÃO**: Com este estudo constatou-se que em âmbito mundial, há estudos que sinalizam para os prejuízos ambientais advindos das atividades assistenciais de saúde, apontando estratégias que podem ser executadas com o objetivo de diminuir os danos causados. No entanto, não foram encontrados estudos com foco no aprofundamento teórico conceitual, nem que visassem a responsabilidade socioambiental por parte dos trabalhadores da saúde. Acredita-se que a principal contribuição do estudo é fomentar a discussão acerca da responsabilidade socioambiental nas instituições de saúde bem como dos trabalhadores nelas atuantes, principalmente dos trabalhadores de enfermagem, uma vez que esses representam a maior categoria profissional atuante nas instituições hospitalares.

**Descritores:** Educação ambiental; Resíduos de serviços de saúde; Responsabilidade social.

**Eixo temático**: Trabalho.

**REFERÊNCIAS**

1.Gaudry, J. Shiehar, K. Promoting Environmentally Responsible Health Care. **CANADIAN nurse**, 2007.

2.Fitzpatrick, J. The impact of healthcare on the environment: improving sustainability in the health service. **Nursing Times net.** 2010. Disponível em: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/acute-care/the-impact-of-healthcare-on-the-environment-improving-sustainability-in-the-health-service/5012328.article>. Acesso em: 20 mai. 2012.

3.Brandão, C.; et al. Social Responsibility: A New Paradigm of Hospital Governance?. **Health Care Anal**. April, 2012.

4.Hite, R. W. Health Care in the Age of Ecology. **Health Progress**. November – December, 2003.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ASSISTÊNCIA À SAÚDE INFANTIL: RELAÇÕES COM CONCEPÇÕES DE INFÂNCIA

# CHILD HEALTH CARE: RELATIONS CONCEPTS OF CHILDHOOD

# SALUD DEL NIÑO: RELACIONES CON LOS CONCEPTOS DE LA INFANCIA

STOFEL, Natália Sevilha1
CARVALHO, Lisa Antunes2
BARBOZA, Michele Cristiene Nachtigall 3

1Enfermeira. Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Email: natalia.stofel@usp.br
2 Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Marechal Rondon/PR e Pós-graduanda em Enfermagem Cardiológica pela Faculdade Integrada de Brasília/DF. Docente do Curso de Enfermagem e Pós-graduação em Enfermagem em UTI da Faculdade Anhanguera/Pelotas.
3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Rio Grande, Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

**Introdução:** É sabido que a noção de infância, tal qual conhecemos hoje, é fruto da modernidade, isto é, uma construção histórica ocidental e que as práticas de saúde destinadas às crianças caminham com as reflexões que a sociedade tem sobre a infância [(1)]. A política nacional de assistência à saúde da criança representada principalmente pelo documento denominado Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) [(4)] tem a prerrogativa, já no título, de oferecer atendimento integral a essa população específica e é formulada com base no principio constitucional da equidade. Assim, faz-se necessário refletir acerca de como se deu a trajetória histórica da assistência à saúde infantil, sobre qual criança tal política refere-se. **Objetivo:** Apresentar a linha histórica acerca da atenção à saúde da criança, compreendendo de qual criança a política brasileira atual se refere. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório. Foi realizada revisão de literatura, com busca nas bases de dados das ciências da saúde, humanas e sociais durante o ano de 2011, fazendo cruzamento dos seguintes descritores: saúde da criança, infância, políticas públicas de saúde, atenção à saúde da criança. **Resultados:** Até o século XIX não eram registradas intervenções sistemáticas sobre a saúde da criança. A questão da saúde relacionada a uma preocupação com a assistência médica ou com a higiene era subalterna ou inexistente. Os problemas eram de responsabilidade das autoridades locais que se limitavam a impedir a proliferação da sujeira nas ruas e quintais. Não havia, portanto, uma

preocupação com o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças que eram vistas como elemento posto a serviço do poder paterno. A atenção oferecida a elas era genérica, ou seja, uma infância não tematizada, nem pela família nem pelo Estado [1]. A família não formava cidadãos e sim parentes, a participação dos indivíduos nas sociedades resumia-se à defesa do grupo ao qual pertenciam. A reestruturação do núcleo familiar, o qual era a figura paterna, implicou na mudança da concepção desenvolvida sobre a criança. Com a intenção de que as crianças fossem moldadas para a vida adulta e para que elas estivessem fortes e produtivas nessa nova fase, os cuidados gerais que recebiam foram substituídos por uma ação sistematizada com novas condutas alimentares, disciplinares, entre outras, por meio de ações de higiene e da puericultura. A puericultura não se aplica a qualquer criança, mas a um modelo, o da criança moderna. É na origem dessa noção de criança que a história social da puericultura encontra seu ponto de partida. No Brasil, a partir do final do século XVIII, observa-se um progressivo aumento da atenção médica dirigida às crianças, registrada nos primeiros tratados sobre educação física em língua portuguesa, guias de higiene infantil dirigidos às mães, teses sobre partos, recém-nascidos e estudos sobre a mortalidade infantil [2]. Entre 1910 e 1930, a assistência à saúde da criança, via serviço de higiene infantil, institucionalizou-se incorporada às leis, às propostas de saúde pública e à prática pediátrica. Na década de 30, essa assistência é reconhecida como fundamental para a construção de uma grande nação [2]. Neste momento, a higiene passou a descrever o tipo de família e de educação necessários para a criação de um adulto identificado com o Estado. A saúde em geral e mais especificamente a saúde da criança começam a se confirmar não só como um campo de intervenção técnica, mas como um campo de normatização da vida cotidiana, de acentuado caráter ideológico [1]. No pós Segunda Guerra houve a importação do modelo preventivista surgido nos Estados Unidos. Este modelo centrava-se no comportamento do individuo, responsabilizando-o por seus problemas de saúde, e não refletia sobre as condições concretas de sua existência. Não considerava o saber popular elaborado a respeito dos temas de saúde e nem sobre a estratégia de vida elaborada pela população. Aos poucos, a assistência mais curativa e baseada em subespecialidades médicas ganhou espaço. Mesmo com o surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, como meio legal de garantir-lhes direitos e o *status* de sujeitos, as crianças continuam preencher o papel de objeto nas práticas de cuidados ocidentais. Elas são vislumbradas de acordo com o pensamento evolucionista. Ou seja, sob a óptica de um futuro adulto que um dia elas irão tornar-se, no papel que estes irão exercer na sociedade. É este o elemento de atenção do Estado e das políticas públicas, e não a criança propriamente dita. As consequências desta visão da criança como um não-cidadão são tais que elas terminam sendo encaradas como sujeitos cujo pensamento não deve ser levado em conta, ou seja, desqualificadas, na medida em que são representadas como opostas a seres completos (os adultos), racionais, cidadãos [3]. **Conclusões:** As políticas públicas de saúde para as crianças tratam de uma criança modelo (europeia, que reside em grandes centros urbanos), homogênea e sem especificidades socioculturais. Exemplo disso são as ações voltadas às crianças indígenas,

nas quais são priorizadas ações de promoção do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, imunização, identificação e tratamento precoce das doenças por meio da utilização da estratégia do AIDPI. Essas ações, embora sejam importantes, são marcadas por uma concepção médico-epidemiológica que não abarca a especificidade da noção de infância e de criança presentes nas sociedades indígenas, espera-se então que todas as crianças sejam moldadas em determinada política, que cresçam e se desenvolvam da mesma maneira, ainda que as condições ambientais, econômicas, sociais, entre outras, sejam diferentes. Equidade significa compreender que existem *crianças* e não um modelo de criança. E se uma das premissas da política de atenção à saúde da criança é a integralidade, faz-se necessário um movimento no sentido de ações menos curativas centradas numa "prevenção" que culpa o sujeito pelo seu estado de saúde/doença e trabalhar com a promoção de saúde. Nesse sentido, a adequação das ações ao contexto sociocultural não tem como ser operacionalizada se não houver participação social dos indivíduos para os quais tal política é elaborada e, por que não, o reconhecimento da agência infantil com a inserção das crianças nas decisões que afetarão suas próprias vidas podem ser recursos passíveis para a efetivação da integralidade e equidade em saúde.

**Área temática:** Gestão

**Descritores:** Saúde da Criança; Assistência Integral à Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

**Descriptors:** Child Health; Comprehensive Health Care; Health Public Policy.

**Descritptores:** Salud del Niño; Atención Integral de Salud; Políticas Públicas de Salud.

**Referencias**:

1. Zioni Gomes, F.; Adorno, RCF. Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde: revisão histórica do conceito de criança. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.24, n.3, p. 204 – 211, 1990.

2. Bonilha, LR.; Rivorêdo, CR. Puericultura: duas visões distintas. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v.81, p. 7 – 13, 2005.

3. Rivorêdo, CR. Pediatria: medicina para crianças? Revista Saúde e Sociedade, v.7, n.2, p. 33 – 45, 1998.

4. Brasil. Ministério da Saúde. AIDPI: Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância. Brasília, 2003.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# SANTA ROSA/RS REFERENCIA NACIONAL EM GESTÃO E ATENÇÃO BÁSICA PARA UM BOM FUNCIONAMENTO DA REDE

# SANTA ROSA / RS NATIONAL REFERENCE IN MANAGEMENT AND PRIMARY CARE FOR A GOOD RUN OF NETWORK

# SANTA ROSA / RS REFERENCIA NACIONAL EN GESTIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA PARA UN BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA RED

SCHRODER ,Jéssica Daniela1
FINGER, Denise2
GOMES, Angela Maria2
SBARDELOTTO, Taize2
GERMANI, Alessandra Regina Müller3

[1] Acadêmica da 3ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul UFFS (jessi.jds@hotmail.com).
[2] Acadêmica da 3ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul UFFS.
3 Orientador Enfermeira Mestre em Enfermagem, professora do curso de graduação de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS

**Introdução:** Situada no noroeste do estado do Rio Grande do Sul, em média de 520 quilômetros de Porto Alegre, a cidade de Santa Rosa/RS tornou-se referência nacional, na década de 1990, ao tratar-se de gestão em saúde. A rede pública de atendimento à saúde é gerenciada pela Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR) um órgão distribuidor dos recursos dados a saúde, assumindo assim o papel da Secretaria de Saúde. Essa referência se dá pelo motivo de que os outros municípios do país normalmente administram os recursos da saúde por meio da secretária de saúde, da qual torna os procedimentos como compra de materiais, agendamento de consultas, contratação de profissionais dificultada, isso pelo número de licitações e encaminhamentos que precisam ser feitos, atrasando assim o seu funcionamento. A Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa foi criada em 27 de dezembro de 1995, trouxe a formação de distritos de saúde no município, os quais possuem um coordenador. Os distritos vêm buscando um sistema de suporte para todo o município, tendo prioridades e serviços disponibilizados de acordo com as necessidades de cada comunidade. Esses distritos estão divididos em Agrícola, Auxiliadora, Balneário, Beatriz/Oliveira, Bela União, Centro, Cruzeiro, Cruzeiro do Sul,

Esperança, Glória, Pereira, Planalto, Sete de Setembro e Sulina. Em 1998 é implantado o Cartão Municipal de Saúde trazendo desta forma a identificação do usuário no sistema da Fundação, organizando o acesso aos distritos e aumentando o vínculo dos cidadãos com as equipes de saúde. A FUMSSAR tem como serviços o: Planejamento Familiar, Pré-natal, Programa da Criança – Puericultura, Programa de Saúde Mental, Programa de Atenção à Saúde Bucal, Programa de Controle de Câncer de Mama o Programa de Prevenção da Hipertensão Arterial e do Diabete Mellitus. Sua constituição é formada por: Jurídica de Direito Público Interno, Personalidade Jurídica Propria-CNPJ, Gestora Plena do Sistema de Saúde, Gestora Fundo Municipal de Saúde. **Objetivo:** Reconhecendo o papel fundamental que a FUMSSAR possui na gestão em saúde, o presente resumo objetiva relatar a experiência vivida por um grupo de acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) campus Chapecó, durante uma viagem de estudos, promovida pelos componentes curriculares de Saúde Coletiva I e Contexto Social e profissional da Enfermagem I, desenvolvida com a intenção de observar o trabalho multi e interdisciplinar, bem como o papel do enfermeiro neste meio. **Metodologia:** A referida viagem ocorreu no dia 17 de Dezembro de 2012, momento em que fomos acolhidos pela equipe diretiva da FUMSSAR, que explanou a organização e funcionamento da mesma. Para isso, os professores dos componentes curriculares disponibilizaram um roteiro com questões norteadoras a serem observadas. Nessa viagem conhecemos um pouco da cidade, sua organização e planejamento, foi observado as estruturas da FUMSSAR, como também tivemos a oportunidade de visitar dois de seus distritos observando assim as características das Unidades Básicas de Saúde, o planejamento da sala de espera, consultório de enfermagem, consultório odontológico, consultório médico, recepção, sala de reuniões entre outros departamentos. Todos profissionais tanto médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, faxineiras atuam em conjunto nas decisões que serão realizadas em cada unidade, formando um grupo multi interdisciplinar juntando as forças para obter melhores benefícios a população. **Resultados:** Na oportunidade foi possível conhecer, por meio da apresentação do organograma e fluxograma de atendimento da população, uma nova dinâmica de atuação das equipes de saúde que compõem a FUMSSAR, especialmente a valorização do papel do enfermeiro no desenvolvimento das diferentes ações de saúde. Também se pode focar na forma de organização da FUMSSAR isso pelas características do grupo, tendo em torno de 400 servidores, tendo 16 equipes para a Estratégia de Saúde da Família- ESF, é considerado referência também por isso, pois foi uma das primeiras do país a aderir à estratégia, e tem como ênfase o atendimento primário nas Unidades Básicas sendo esta a única porta de entrada do usuário no sistema, dando prioridade aos locais mais carentes. A rede de atenção básica do município tem uma estrutura bem organizada com capacidade para atingir todos os níveis de assistência, e talvez seja essa uma das questões determinantes para a prestação de um melhor serviço. É referencia no tratamento em oncologia e AIDS. Realiza seu próprio modo de seleção de profissionais por meio de concursos públicos, licenciaturas individuais para selecionar os

trabalhadores. Os trabalhadores devem dedicar na soma 60 horas semanais - das quais 20 horas são de pesquisa, 40 são trabalho de campo, objetivando desta forma profissional com visões amplas em busca de novos conhecimentos e resultados. A presidência da FUMSSAR esta dividida em setores sendo eles: Conselho de administração, Conselho municipal de Saúde, Ouvidoria, Departamento de articulações, Departamento de Vigilância, Departamento de Administração, Departamento do Planejamento, Hemocentro e Departamento de Atenção Básica em Saúde. Santa Rosa contem dois hospitais que fazem o atendimento municipal como para a região, esses são assistêncializados pela 14ª Coordenadoria Regional da Saúde. E estão projetando mais um hospital, esse voltado para a urgência e emergência. Todas Unidades Básicas de saúde contém uma academia aberta, para incentivar os usuários a prática de exercícios físicos. Também foi criado o Núcleo de Ensino Aberto, do qual é um programa de residência multiprofissional, seria uma formação a mais para os candidatos e mutuamente auxiliariam nos serviços de atendimento a população. Um ponto negativo que foi verificado e que foi mostrado é a falta do profissional médico, tendo 5 em falta isso ocorre pelo motivo do profissional se comprometer ao atendimento apenas da Fundação, voltado para o SUS- Sistema Único de Saúde, não podendo exercer cargos em outras instituições (essa estratégia é para ter profissionais mais eficazes e dedicados). Os recursos para o funcionamento da Fundação Municipal da Saúde de Santa Rosa vêm direto para o seu fundo (caixa individual), recebendo valores do Ministério da Saúde, Programas Federais, do Estado do Rio Grande do Sul e mais uma parte do município 15% (que é outro aspecto importante da cidade que investe bastante do PIB- Produto Interno Bruto em saúde). Por toda essa organização o município de Santa Rosa é considerada como ênfase federal em saúde, pela forma que coordenam e planejam o sistema econômico dos atendimentos prestados a população de seu município.**Conclusão:** A partir da realidade visitada e dos conhecimentos adquiridos com essa experiência, pode-se ver que Santa Rosa é destaque e exemplo na sua forma de organização, evitando burocracias e permitindo a agilização dos processos relacionados a saúde, sendo uma forma inovadora de gestão mas que dá certo e pode ser implantada em diferentes lugares. Com isso, observamos o papel de destaque assumido pelas equipes multi interdisciplinar no enfrentamento dos problemas vivenciados pela população do município.

**Área temática:** Gestão

**Descritores:** Gestão, experiência, organização .

**Keywords:** management, experience, organization

**Palabras clave:** gestión, experiencia, organización

**Referências:**

1- Sisson MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. *Saude Soc*. 2007;16(3):85-91. DOI: 10.1590/S0104-12902007000300008

2- FUMSSAR. Curso de Gestantes – posto de saúde cruzeiro [internet]. Santa Rosa: Fundação Municipal de Saúde – Santa Rosa/RS. 28 de maio de 2013 [23 de junho de 2013]. Disponível em: http://www.fumssar.com.br/site/?p=3152

3- Departamento de Atenção Básica de Saúde. Ações dos Agentes de Saúde nos Protocolo de Atendimento – FUMSSAR. Santa Rosa: Prefeitura Municipal de Santa Rosa/RS; 2013 [20 de julho de 2013]. Disponível em: http://downloads.santarosa.rs.gov.br/?acao=ver&dow_id=226

4- Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos municípios[internet]. Brasília – DF: Editora MS; 2009 3ª Edição. [01 de agosto de 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ESTILOS DE LIDERANÇA NA ENFERMAGEM – UMA REVISÃO DE LITERATURA

# LEADERSHIP STYLES IN NURSING - A LITERATURE REVIEWTITLE SHALL BE

# ESTILOS DE LIDERAZGO EN ENFERMERÍA - UNA REVISIÓN DE LA

AZEREDO, Lidiane Grutzmacher1
PENNA, Márcia Aparecida2
SAUL, Alexsandra Real3
SOARES, Rhea Silvia de Ávila4

1 Enfermeira. Pós Graduada em Gestão de Serviços de Saúde pela Feevale. Enfermeira HUSM.
2 Enfermeira. Pós Graduada em Gestão Hospitalar pelo IACHS. Enfermeira HUSM. marciaapenna@ymail.com
3 Enfermeira. Mestranda em Educação. UFSM.
4 Enfermeira. Mestranda do PPGENF. UFSM.

**Introdução:** A partir do menor núcleo social que é a família, passando por todos os tipos de organizações humanas, em especial as empresas e setores de atividades públicas, pode se constatar a influencia que a liderança exerce sobre o comportamento das pessoas. No que diz respeito à enfermagem, a liderança tem sido uma constante em todas as atividades do enfermeiro, principalmente quando o profissional tem por prioridade exercer seu trabalho com competência, encontrando-se muitas vezes dividido entre atividades assistenciais ou assumindo a função administrativa que envolve a interação com o pessoal de enfermagem (KURCGANT, 2005). A liderança é um tema importante para os gestores devido ao papel fundamental que os líderes representam para a realização de um trabalho eficaz, sendo estes responsáveis pelo sucesso ou fracasso da organização. Diante de vários estilos de liderança na enfermagem, observa-se que não há um único estilo de liderança que seja incorporado pelo líder previamente sem conhecer as características pessoais de seus liderados, dessa forma uma liderança eficaz, demanda primeiro conhecimento por parte do líder da situação administrativa do ambiente de trabalho assim como as virtudes e dificuldades enfrentadas por seus liderados. A liderança também tem sido motivo de preocupação por parte dos administradores das organizações e instituições de saúde, sendo indispensável dar atenção à relação de aumento da produtividade e de prestação de bens e serviços, ainda por ser um processo de constante transformação tecnológica, tendo a necessidade de orientar o pessoal de enfermagem para alcançarem seus objetivos e metas (KURCGANT, 2005). **Objetivos:**

O presente trabalho tem por objetivo fazer uma revisão bibliográfica, a fim de identificar estilos de liderança bem como sua influencia na qualidade da assistência de enfermagem, podendo dessa forma analisar as dificuldades enfrentadas na pratica da liderança na enfermagem. **Metodologia:** Neste trabalho foi apresentada uma revisão de literatura realizada no período de junho a julho de 2013 nas bases de dados como: MEDLINE, LILACS, bem como consulta a artigos em revistas, livros didáticos, dissertações, teses e projetos que abordam essa questão. Sendo que para a pesquisa foram utilizados o método descritivo e a pesquisa bibliográfica, considerando-se a analise de textos em português e espanhol dando preferencia aqueles que se identificavam com os objetivos propostos e publicados no período de 2003 a 2006. Utilizando-se os seguintes descritores: liderança em enfermagem, gestão de pessoas, gerenciamento em enfermagem. **Desenvolvimento:** A liderança em enfermagem não se difere de outras áreas, pois esta é necessária em todos os tipos de organizações, onde o líder necessita conhecer a natureza humana e saber conduzir as pessoas, tendo a capacidade de resolver problemas e atividades frente á sua equipe (CHIVANATO, 2003). Dessa forma, pode-se definir liderança como o processo de dirigir e influenciar as atividades relacionadas às tarefas de cada componente da equipe, o que exige paciência, disciplina, humildade, respeito e compromisso. A liderança pode ser considerada como um processo que exerce influencia de um individuo sobre o outro como forma de alcançar algum objetivo. É através da liderança que a enfermagem procura conciliar as metas da instituição com as da equipe de enfermagem, o que geralmente, envolve o poder e a autoridade, abrangendo as formas pelas quais introduzem mudanças de comportamento de pessoas ou de um determinado grupo. Porém, quando essa influencia é negativa, pode levar os membros da equipe a questionarem o papel do enfermeiro dentro da equipe. A natureza e o exercício da liderança tem sido objetivo de estudos do homem ao longo da história. BASS (2007) diz que "desde sua infância, o estudo da história tem sido o estudo dos líderes – o que e porque eles fizeram o que fizeram". A busca pelo ideal do líder também está presente no campo da filosofia, onde Platão e Confúcio abordaram o tema. E por constituir um dos temas mais pesquisados, vários autores desenvolveram teorias que com o passar do tempo foram sendo aperfeiçoadas de acordo com as necessidades de cada organização (CHIVANATO, 2003), onde podemos observar os seguintes tipos de liderança: - A Liderança autocrática: o líder é focado apenas nas tarefas. Também é chamada de liderança autoritária ou diretiva, onde o líder toma decisões individuais, desconsiderando a opinião de seus liderados determinando as providencias e técnicas para a execução das tarefas de modo imprevisível para o grupo. As atividades são desenvolvidas apenas com a presença física dos líderes, tendo qualidade inferior no serviço prestado, mas produzido em maior quantidade e na sua ausência o trabalho diminui sensivelmente (WEHBE, 2005). Isto demonstra que os liderados temem o líder, mas não o admiram, pois o líder consegue mandar, mas não consegue influenciar seus liderados. - A Liderança democrática: Chamada também de liderança participativa ou consultiva. É voltada para as pessoas e existe a participação dos liderados no processo decisório. As diretrizes são debatidas e decididas em

grupo, estimulados e assistidos pelo líder. Apresenta maior qualidade no serviço prestado, mas com menor quantidade de serviços (CHIVANATO, 2003). De acordo com KURCGANT (1996), uma desvantagem do estilo de liderança democrático é que a descentralização do poder influência a independência e o descomprometimento dos membros do grupo com os objetivos e metas da organização, ameaçando principalmente os líderes inseguros, cuja competência profissional e desqualificada seja vítima das críticas de seus subordinados. Diante das dificuldades enfrentadas no trabalho questionam a liderança da enfermagem, muitas vezes, quando solicitando o desempenho duplo papel de supervisor ou coordenador do cuidar, não realizando nenhuma das funções com qualidade. Graças a isso, líder e liderados interagem entre si e desenvolvem comunicações francas e espontâneas, existe a formação de grupos de amizades e relacionamentos cordiais se estabelecem entre os membros da equipe. - A Liderança situacional: neste tipo de liderança, existe a convicção que não há um único estilo ou característica de liderança válida para toda e qualquer situação, cada uma requer um estilo de liderança diferente para alcançar a eficácia no trabalho e promover o desempenho satisfatório dos subordinados. Além de oferecer ao líder a possibilidade de se ajustar a um grupo com características diferentes as suas convicções. Na equipe de enfermagem existem pessoas de diferentes personalidades e de nível técnico variado, onde o enfermeiro tem que ter uma visão de grupo, ou seja, perceber em cada membro da equipe suas habilidades técnicas e ao mesmo tempo a superação de suas dificuldades, em meio a uma inter-relação entre a qualidade da orientação do líder que dedica um tempo determinado a explicar os deveres e responsabilidades de uma pessoa ou de todo grupo (WEHBE, 2005). Segundo KURCGANT (1996), entre as características de um líder está a de coordenar a atividade do grupo, o planejamento destas atividades, o conhecimento técnico e específico, a determinação de recompensas e de punições, o papel de elemento exemplo do grupo. O conceito de líder envolve aceitação voluntária de sua autoridade pelos demais membros, e sua contribuição para o progresso do grupo. Para (CHIVANATO, 2003) o líder possui traços de personalidade que o diferencia dos demais integrantes do grupo, apresentando assim características marcantes de personalidade que lhe permite influenciar o comportamento de seus liderados. **Considerações Finais:** Na realidade da prática assistencial o enfermeiro encontra nas instituições hospitalares um ambiente que favorece o cumprimento às ordens dadas e a responsabilidade de atender as funções fiscalizadoras dos serviços e até permuta de pessoal sob sua orientação. Alcançamos os objetivos traçados, pois a assistência de enfermagem deixa a desejar na atuação direta no cuidar ao paciente delegando a tarefa na maioria das vezes para técnicos e auxiliares de enfermagem. Uma vez que na grande parte do tempo o enfermeiro assume atividade denominada administrativa, referentes a administração de pessoal de enfermagem e equipamentos. Percebe-se também que a enfermagem constitui como parte fundamental da estrutura organizacional com poder de influência de novas habilidades, novos conhecimentos não apenas relacionado a técnicas operacionais, mas principalmente através de uma nova ótica administrativa com aumento

na prestação de bens e serviços, bem como o bem pessoal que são o maior objetivo do cuidar em enfermagem.

**Área Temática:** Gestão

**Descritores:** Liderança em Enfermagem; Gestão de Pessoas; Gerenciamento em Enfermagem.

**Keywords:** Nursing Leadership; People Management; Nursing Management

**Palabras clave:** Liderazgo de Enfermería; Gestión de Personas; Gestión de Enfermería

**REFERÊNCIAS**

Chivanato I. Introdução à teoria geral da administração. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.

Kurcgant P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Kurcgant P. Administração em enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA; 1996.

Silva MA, Galvão CM. Aplicação da liderança situacional na enfermagem centro cirúrgico. Rev. Esc. Enf. USP 2007; 41(1): 104-12.

Wehbe G, Galvão MC. Aplicação da liderança situacional em enfermagem de emergência. Rev. Bras. Enf. 2005 jan/fev; 58 (1).

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: UM PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM

# MULTIDISCIPLINARY RESIDENCY PRECEPTOR: A PROCESS OF LEARNING IN NURSING EDUCATION

# PRECEPTOR DE RESIDENCIA MULTIDISCIPLINAR: UN PROCESO DE APRENDIZAJE EN LA EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA

MARCHESAN, Mariane1
PINNO, Camila2
POTTER, Clarissa3
SOARES, Rhea Silvia de Avila4
PENNA, Marcia Aparecida5
SAUL, Alexsandra Real6

1Enfermeira, Residente Enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, marimarchesansm@gmail.com.
2Enfermeira, Residente Enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, camilapinno@yahoo.com.br.
3Enfermeira, Residente Enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, cissa.pr.enf@gmail.com.br.
4Enfermeira. Mestranda do PPGENF. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. rheasilviasoares@yahoo.com.br.
5Enfermeira. Especialista em Gestão Hospitalar. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. marciaapenna@ymail.com.
6Enfermeira. Mestranda em Educação. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. alexsandrarsaul@hotmail.com.

**Introdução:** Entende-se por preceptor um profissional da área que tem por função interagir, acompanhar e ensinar o aluno ou determinado grupo de alunos, desempenhando um importante papel na formação e inserção do residente no ambiente de trabalho, demostrando preocupação principalmente nos aspectos de ensino-aprendizagem. Preceptor tem o papel de ensino da arte, ciência, é entendida como um professor particular que se enquadra na esfera de educação, pois um educador é aquele que está inserido em um processo de ensino- aprendizagem, junto dele um educando para possível diálogo, atuando na socialização do residente recém formado em seu ambiente de trabalho. A preceptoria é dada como um programa institucional de suporte acadêmico direcionado para os alunos dos

cursos de graduação e pós graduação da área de saúde. Neste contexto o preceptor enfermeiro contribui muito para este processo de formação, proporcionando o desenvolvimento e articulação dos conhecimentos teórico-prático, que precisa desenvolver saberes específicos, através de suas próprias competências. O enfermeiro preceptor juntamente com o residente de enfermagem discute experiências e compartilham sabedorias, sendo essa relação estabelecida não é de dominação do saber, mas sim de interação e de processos educativos. Ensinar e aprender imbrica-se na existência e o preceptor na vivência da preceptoria, compreende-se como um ser que é formador/preceptor/educador, um ser ôntico/ontológico que na concretude da ação educativa, se dispõe a intervir, transformando o enfermeiro ciente da prática que irá desempenhar e transformadora da prática que acabou de aprender [(1)]. Os preceptores exercem uma função administrativa e são responsáveis pela orientação através de suas experiências profissionais e pelo processo de educação dos residentes tanto nas atividades relacionadas ao campo quanto ao núcleo, promovendo uma interação entre os profissionais em formação, com os serviços de saúde, equipe envolvida e com a população. O residente está em processo de formação profissional é o papel do preceptor ser o interlocutor desse processo, atrelando a prática profissional e a teoria. Para Ceccim e Armani [(2)], a educação em serviço busca desenvolver o aperfeiçoamento profissional por meio da aprendizagem prática e permitindo a troca de experiências, tanto com os usuários quanto com a equipe multiprofissional. O preceptor deve apresentar nas suas relações com o residente, disponibilidade para a escuta e para o diálogo, habilidade e conhecimentos específicos, no qual o mesmo acompanha o residente, discutindo casos e guiando conforme as suas necessidades. Para ser uma boa preceptora não basta somente ter o conhecimento cientifico, mas ter uma visão dinâmica do conteúdo a ser repassado além de adquirir conhecimento de outras disciplinas relacionadas com uma abordagem conjunta e transdisciplinar. Para Bondia [(3)], experiência é algo que nos passa, que nos acontece e que nos toca. É um saber particular, subjetivo, relativo, pessoal singular e tem o poder de formação e transformação. A partir disso o preceptor deve ser uma referência e um mediador ao residente, através disso possibilitará melhor qualificação e capacitação das enfermeiras residentes para o mercado de trabalho, sendo na preceptoria em enfermagem a competência passa a ter uma grande resalva diante da exigência desses profissionais. A enfermeira preceptora deverá ter como foco uma abordagem clínica em conjunto com as habilidades práticas, por ser um processo de compartilhamento de experiências e auxiliando na adaptação do enfermeiro residente aconselhando para um bom desenvolvimento desse profissional. Para Maeda [(4)], a enfermeira preceptora deve ter alguma característica aprovadas tais como atualização, conhecimento técnico-científico apurado, incentivo ao estudo e à pesquisa, promoção de ensinamentos clínicos, encontros e debates científicos entre as residentes, bom relacionamento com as residentes, apoio, diálogo, interesse e disponibilidade, postura profissional, humanização e compreensão, flexibilidade, integração com os setores e campos de prática. No processo de ensino aprendizagem do Programa de Residência

Multiprofissional a enfermeira preceptora executa um papel fundamental na formação do profissional para o trabalho em equipe, visto que o profissional quando conclui a residência sai uma visão ampliada do processo saúde-doença. Neste sentido Ceccim e Perla [5], relatam que a residência multiprofissional proporciona ao profissional em formação, desenvolver a capacidade de pensar criticamente, ampliando a habilidade em reconhecer e resolver os problemas, atuando na proposição de mudanças, produzindo um profissional qualificado e crítico, atuante e comprometido. A inserção da residência nos serviços de saúde traz processo de reflexão e tenciona mudanças nas práticas do residente através de uma visão integral no conceito de saúde, buscando uma capacidade de escuta e comunicação, compreendendo o usuário além de sua patologia. Este trabalho constitui-se de um estudo descritivo a partir de uma revisão de literatura, acerca da importância da preceptoria em enfermagem na residência multiprofissional. **Objetivos**: Compreender a importância da preceptoria de núcleo na enfermagem em um Programa de Residência Multiprofissional e sua contribuição no processo de ensino aprendizagem. **Metodologia**: É um estudo descritivo a partir de um relato de experiência em um programa de Residência Multiprofissional de um Hospital Público de saúde no estado do RS. As atividades de preceptoria ocorrem todas as quintas feiras com a enfermeira preceptora juntamente com as residentes de enfermagem, em encontros sistematizados para auxiliar os enfermeiros residentes em suas atividades práticas. **Resultados:** A preceptoria em enfermagem torna-se um instrumento fundamental para o processo de ensino aprendizagem e ações educativas, pois consegue integrar e viabilizar o desenvolvimento dos conhecimentos teórico-prático das residentes, assim identificando problemas e dificuldades enfrentadas das mesmas, aprofundando e reconstruindo nas práticas. As práticas da preceptoria contribuem para que as residentes se aproximam da dinâmica dos serviços de saúde e se interagem nos processos de trabalho, visualizando o trabalho em equipe na saúde, que se realiza por vários núcleos profissionais cuja cada trabalho agem interdependentes. Assim as residentes podem questionar e problematizar a cerca da realidade dos serviços onde as mesmas estão inseridas, favorecendo um diálogo de mudanças juntamente com a preceptora, construindo um pensar crítico sobre a mesma. Nesta mesma lógica essa troca de experiência entre uma enfermeira que está em processo de formação e a preceptora é um fator importante e acredita-se que realizando esses diálogos construtivos irá fortalecer as residentes no grupo, tanto nas individualidades como no coletivo. **Conclusões**: residência multiprofissional é considerada como uma modalidade de treinamento em serviço, atrelando o conhecimento teórico-prático. No decorrer do trabalho podemos observar que está existe uma troca de informação entre residente e preceptor, que se dá através de quem supostamente obtém mais conhecimento para aquele que detém menos. Sendo assim, a preceptoria ela é entendida como um processo de ensinar, orientar, capacitar e compartilhar informações, que possibilita uma construção de saberes e habilidades para as residentes. Como foi relatada anteriormente a residência multiprofissional proporciona um espaço para refletir, desenvolver capacidade de pensar criticamente provocando discussões acerca do processo

de saúde e doença. O preceptor tem um papel articulador de estimular o residente a refletir sobre o pensar e fazer, de forma crítica. Faz-se necessário ressaltar a importância da preceptoria em enfermagem no contexto do vínculo e do diálogo que se mantém entre preceptor e residente como um processo de educar, configura-se como instrumento de processo ensino aprendizagem para que os residentes possam adaptar em suas práticas cotidianas uma ferramenta de reflexão e agir criticamente, proporcionando esse contato desde sua entrada no programa favorecendo um adequado acolhimento a esse profissional preparando para os possíveis desafios que irão surgir. Por último, entende-se que é necessário que o preceptor assuma um papel de educador, sendo assim estimulando e permitindo a busca do pensar e agir pelo residente consequentemente orientando para atuarem de forma a reconhecer suas potencialidades e suas dificuldades.

Á**rea temática:** Gestão

**Descritores:** Tutoria; aprendizagem; enfermagem

**Key Words**: Mentoring; learning; nursing

**Palabras clave**: Tutoría; aprendizaje; Enfermería

**REFERÊNCIAS:**

1. Silva GTR, Esposito VHC, Nunes DM. Preceptoria: um olhar sob a ótica fenomenológica. Acta Paul Enferm. 2008; 21(3):460-5.

2. Ceccim RB, Armani TB. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro (RJ); 2001 (23)1: 30-56.

3. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista Brasileira de Educação. 2002. n. 19; ANPED/Autores Associados.

4. Santos EF. Preceptoria de Enfermagem: reflexões sobre seus valores e sua prática. 60f. Monografia (Especialização do Curso de Residência em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.1999. Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

5. Ceccim RB, Ferla AA. Residência Integrada em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco; 2003. p. 211-226.

# A IMPORTÂNCIA DA AUTONOMIA DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO À GESTÃO DO CUIDADO1

# THE IMPORTANCE OF NURSE'S AUTONOMY IN RELATION TO THE CARE MANAGEMENT

# LA IMPORTANCIA DE LA AUTONOMÍA DE ENFERMEROS EN RELACIÓN EN EL MANEJO DEL CUIDADO

MENEGAT, Robriane Prosdocimi2
SILVA, Luiz Anildo Anacleto3

1 Pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização.
2 Enfermeira, Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde, Enfermeira no Hospital Santo Ângelo em Santo Ângelo/RS/BR, robrianepm@hotmail.com.
3 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor no Centro de Educação Superior Norte do Estado do Rio Grande do Sul – Universidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões/RS/BR.

**Introdução:** O processo de gerenciamento do cuidado aos sujeitos tem a autonomia como um importante aspecto a ser observado, influenciando nas relações que se estabelecem entre atores nos espaços de atenção à saúde. O respeito à autonomia do sujeito constitui-se um dever do enfermeiro e um direito do cidadão o qual deve ser respeitado. A autonomia do enfermeiro se consolida a partir de sua vontade para a ação, onde pode compreender o que faz, para que faz como faz e para quem a partir do seu conhecimento. Dessa forma, o enfermeiro reconhece seu modo de atuação proporcionando mudanças pertinentes no exercício da enfermagem, promovendo a efetiva autonomia[1]. A autonomia está relacionada à autodeterminação, ao poder de decidir sobre si mesmo, priorizando que a liberdade de cada ser humano deve ser assegurada. A autonomia dá ao ser humano a capacidade de refletir sobre as limitações impostas e a partir das quais orienta sua atitude em relação aos condicionamentos. É dever de todos respeitar o direito moral do ser humano à autonomia. Sendo assim, inclusive os profissionais da saúde precisam estabelecer relações com os clientes em que ambas as partes se respeitem[2]. Respeitar a autonomia é reconhecer que é inerente ao indivíduo possuir determinados pontos de vista e que é ele que deve definir e tomar decisões sendo orientado pelo seu próprio plano de vida e ação tendo por base crenças, pretensões e valores próprios, mesmo quando estejam em divergência com aqueles dominantes na sociedade, ou quando o cliente é uma criança, um deficiente mental ou um sofredor psíquico. É de incumbência dos profissionais da saúde proporcionar as informações técnicas necessárias para orientar as decisões do cliente, sem utilização de

formas que influenciem ou manipulem esta decisão, para que possa participar das decisões sobre o cuidado/assistência à sua saúde, respeitando, assim, o ser humano e seus direitos à dignidade, à privacidade e à liberdade[2]. No estudo, partiu-se do pressuposto que o grau de autonomia interfere nas formas de gestão. Conjectura-se que a autonomia esteja relacionada à autodeterminação, ao poder de decidir sobre si mesmo, priorizando que a liberdade/autonomia de cada sujeito seja assegurada. A autonomia permite aos sujeitos a capacidade de refletir sobre as limitações impostas e a partir das quais orienta suas atitudes em relação aos condicionamentos. A partir desse breve arrazoado, neste estudo, a questão de pesquisa busca compreender qual o nível de autonomia do enfermeiro na gestão do cuidado. Para tanto, traçou-se como **objetivo** compreender a inter-relação da autonomia dos enfermeiros na gestão do cuidado em enfermagem. **Metodologia**: O estudo realizado pode ser caracterizado como uma pesquisa qualitativa[2], descritiva e exploratória[3]. O instrumento de pesquisa utilizado constou de entrevista gravada com questões semi-estruturadas. O número de sujeitos pesquisados foi definido pelo critério de saturação de dados[2]. Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros atuantes em rede pública de saúde e unidades de um hospital geral de médio porte no interior do estado do Rio Grande do Sul. Conscientes do que representa a dimensão ética na pesquisa, neste estudo foram tomados todos os cuidados que permeiam esta atividade. Portanto, foi observado rigorosamente o que consta na Resolução196/96 do Ministério da Saúde que diz respeito à pesquisa com seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme consta no parecer consubstanciado n° 416636 de 19 de junho de 2012. **Resultados**: Foram realizadas seis entrevistas com enfermeiros (as) atuantes em uma instituição hospitalar de médio porte, uma enfermeira atuante nesta instituição hospitalar e em Unidade Básica de Saúde, dois enfermeiros que atuam em Unidade Básica de Saúde e uma enfermeira que trabalha em Estratégia de Saúde da Família. O tempo médio de atuação dos enfermeiros (as) nas instituições de serviços até o momento da coleta dos dados é de aproximadamente 4 anos. Entre os entrevistados (as) cinco são do sexo feminino e cinco do sexo masculino. A maioria dos respondentes afirmou que a autonomia interfere na gestão do cuidado de enfermagem. Foram trazidas questões relacionadas à como obter e manter a autonomia profissional e de que forma ela se dá no cotidiano laboral. Existem empecilhos que subjugam a liberdade do enfermeiro, para vencê-los é preciso avançar nas relações entre os profissionais das diferentes categorias, evitar a sobreposição de uma sobre as demais e colaborar uns com os outros como membros de uma só equipe cujo compromisso final está voltado ao cuidado do paciente[5]. A utilização e implementação de protocolos são vistos como uma ferramenta que dá segurança ao enfermeiro e autonomia em suas ações. A qualificação e treinamento são entendidos como maneiras de manter o profissional atualizado e melhor preparado para desempenhar suas atividades, sendo que estes aperfeiçoamentos devem ser estimulados pela instituição de serviço. **Conclusões**: Diversos são os fatores relacionados à autonomia do enfermeiro no processo de gerenciamento do cuidado. A pesquisa permeou dois tipos de assistência, sendo elas a saúde pública e o

serviço hospitalar. Nessas duas formas de serviço de saúde se compreendeu que outro fator importante é o atendimento realizado de maneira humanizada e ética, buscando atender às necessidades do sujeito atendido. Outras características observadas nas duas áreas de serviço são a importância do trabalho em equipe, o conhecimento e a educação continuada como norteadores de um bom trabalho com vistas ao cuidado. Identificou-se como fatores facilitadores para a obtenção da autonomia a responsabilidade, ética, respeito, atualização e saber utilizar a autonomia. Como fatores limitadores, temos a interferência do médico na decisão de alguma conduta frente ao sujeito a quem se presta o cuidado, determinadas normas administrativas e institucionais, a ausência de apoio das chefias e da instituição onde se desenvolve a assistência, a ausência de estímulo aos profissionais enfermeiros, a sobrecarga de trabalho em alguns casos e as atividades realizadas de forma a seguir uma rotina, sem mudanças. Sendo assim, a autonomia na gestão do cuidado se dá de modo mais eficaz a partir da utilização de protocolos que podem assegurar as ações dos enfermeiros, a qualificação e aperfeiçoamento profissional, a responsabilidade e a ética profissional. Assumir o cuidado como prerrogativa inerente à função do enfermeiro implica automaticamente estar-se referindo à utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, necessita-se que os enfermeiros estejam capacitados e imbuídos de seu desenvolvimento e, para tanto, precisam conhecer com mais especificidades as necessidades de cada sujeito, grupos e/ou populações. Em suma, precisa-se conhecer-se da clínica para fundamentar o cuidado de acordo com as necessidades sentidas e evidenciadas pelos usuários. Resumidamente, é através da Sistematização da Assistência de Enfermagem, que se estabelece um contato maior do enfermeiro e usuário, promovendo a formação de vínculo e, consequentemente, a qualificação do cuidado. A leitura do cenário, dos dados advindos da pesquisa e do embasamento teórico utilizado nesta construção, permite entender que a obtenção da autonomia, necessariamente, passa pela reorganização do processo de trabalho, pela transmutação do desenho tecno-assistencial e pela descentralidade das ações de saúde tendo como base o médico, transcendendo-se para ações holísticas de atenção aos sujeitos. A autonomia, por sua vez, não é outorgada e sim conquistada, contudo, na obtenção desta, torna-se imperioso que o enfermeiro, efetivamente, assuma de fato o cuidado como a principal ação balizadora do seu fazer.

**Área temática:** Gestão**.**

**Descritores:** Enfermagem; Autonomia Profissional; Gestão.

**REFERÊNCIAS**

1. Bueno FMG, Queiroz MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. Rev Bras Enferm 2006 mar-abr; 59(2): 222-7

2. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. Texto Contexto Enferm 2005 Jan-Mar; 14(1):106-10.

3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC-ABRAMO, 2001.

4. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002.

5. Przenyczka RA, Lenardt MH, Mazza VA, Lacerda MR. O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro.Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 427-31.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# DESAFIOS NA GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE: A EDUCAÇÃO NA INTERFACE ENTRE GESTÃO E ATENÇÃO.

# CHALLENGES IN THE MANAGEMENT OF PUBLIC HEALTH: EDUCATION IN THE INTERFACE BETWEEN MANAGEMENT AND ATTENTION.

# DESAFÍOS EN LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA: LA EDUCACIÓN EN EL INTERFAZ ENTRE LA GESTIÓN Y LA ATENCIÓN.

GOMES, Iris Elizabete Messa Gomes[1]
SIGNOR, Eduarda[2]
SILVA, Luiz Anildo Anacleto da Silva[3]

[1] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul - UFSM /CESNORS. Relatora/Autora do trabalho. E-mail: irismessagomes@hotmail.com
[2] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul - UFSM /CESNORS.
[3] Professor adjunto Dr. Em Enfermagem do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – CESNORS Campus Palmeira das Missões. Orientador do trabalho.

**Introdução:** Neste estudo buscou-se compreender quais são os principais desafios encontrados pelos gestores e trabalhadores em saúde em um município do noroeste do Rio Grande do Sul e, de maneira especial, no que se refere a interface da educação em relação a atenção e a gestão.. Em 1988, é criada, pela Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS), criam-se também Leis Orgânicas da Saúde, com o intuito de modificar a situação de desigualdade na assistência à Saúde, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer pessoa, sendo banido qualquer tipo de cobrança em dinheiro pelo serviço, sob qualquer pretexto[1]. O SUS é destinado a todos os indivíduos, e é custeado com fundos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e que compõem os recursos advindos do governo federal, estadual e municipal[1]. O Sistema Único de Saúde tem como objetivo tornar-se um considerável instrumento de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos, proporcionando serviços com qualidade apropriada às necessidades, independente do poder aquisitivo do usuário. O SUS se propõe a promover à saúde, dando prioridade as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça as medidas de prevenção e resolução de doenças e agravos, assim como a promoção da saúde. Inclui-se nesse

processo, o controle da ocorrência de doenças, controle da qualidade da medicação, da alimentação, de exames, sanidade e adequação de instalações que atendem ao público[1]. Os municípios desempenham o papel mais importante deste processo, em função das características de descentralização adotadas pelo governo federal, estadual e municipal. Cada município da federação é responsável pela gestão, ou seja, o controle, o planejamento bem como a execução da maioria dos serviços em saúde. Existem diferentes realidades municipais as quais colocam os gestores em saúde frente a vários desafios na busca de garantia da atenção universal, equitativa e integral, como: financiamento aquém do necessário, ausência de redes integradas de serviços, problemas nos serviços contratados e conveniados, baixa sustentabilidade política e institucional, problemas na fixação de pessoal. Nessa perspectiva há a necessidade de se fazer avançar as lógicas que orientam os pactos entre os gestores dos serviços de saúde, criticando racionalidades produtivistas e resgatando uma matriz de valores em que o eixo principal seja o compromisso, a responsabilidade solidária e compartilhada[2]. Para se produzir mudanças nas práticas institucionalizadas nos serviços de saúde são necessários privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática via arcabouço teórico, ou seja, a teoria é experimentada nas práticas e as práticas são aperfeiçoadas nas teorias. Desta forma, projeta-se que a Educação Permanente seja uma das alternativas para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão e avaliação dos processos de trabalho. O **estudo se justifica** na necessidade de conhecer os principais desafios da gestão publica em saúde. A interrelação que se faz com a educação e a gestão devem-se ao fato de que no processo de trabalho é indicativo que se faça atenção, educação e gestão. A educação é uma das formas mais proeminentes de aperfeiçoamento da atenção e da gestão. Em relação a objeto de estudo desta pesquisa, neste procurar-se-á conhecer as especificidades locais dos serviços de saúde e quais são os principais desafios na gestão pública desses serviços e como as ações educativas podem contribuir no processo de gestão e atenção a saúde. A **questão de pesquisa** busca responder: quais são os desafios na gestão dos serviços públicos de saúde em um município do Noroeste do Rio Grande do Sul no que tange a interface da educação e da atenção. **Objetivos:** como objetivo geral o presente trabalho buscará compreender quais são os desafios na gestão dos serviços de saúde e a interface que se faz entre educação, gestão e atenção, e como objetivos específicos busca compreender como está organizada a gestão em saúde e compreender como está organizado a atenção em saúde. Conscientes do que representa a dimensão ética na pesquisa, neste estudo serão tomados todos os cuidados que permeiam esta atividade. **Método:** Pretende-se desenvolver o estudo em um município da região noroeste do Rio Grande do Sul. O município localiza-se na região noroeste do Rio Grande do Sul (RS). Possui uma população aproximada de 34 mil habitantes e uma extensão territorial de 1.419,430 Km², o que representa densidade demográfica de 24,18 habitantes/km². De acordo com informações coletadas no processo de aproximação ao campo de pesquisa para elaboração deste projeto

obteve-se a informação de que o município conta com seis equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ainda, esse estudo que se pretende realizar pode ser caracterizado como uma pesquisa qualitativa, descritiva e de caráter exploratório[3,4], tipo estudo de caso[5]. Portanto, será observado rigorosamente o que consta na Resolução196/96 do Ministério da Saúde, registro do projeto de pesquisa no SISNEP e, posteriormente o encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM. O roteiro da entrevista e o questionário foram construídos de forma a preservar os participantes de maneira que não permita a identificação do respectivo respondente. A todos os respondentes será solicitada a assinatura do TCLE. Os **sujeitos da pesquisa** serão os gestores municipais de saúde e trabalhadores da equipe multidisciplinar atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e as Estratégias da família. Como Instrumentos de coleta de dados pretendem-se utilizar-se de entrevista gravada em um sistema digital, com questões semi-estruturadas. A opção por esta técnica se dá em razão de que a entrevista semi-estruturada oferece melhores resultados quando se trabalha com diferentes grupos de pessoas, no caso especifico desta pesquisa as entrevistas envolverão diferentes gestores e trabalhadores da área da saúde. O número de entrevistados será entendido como saturado, quando suficientemente der conta de responder o objetivo da pesquisa definido, quando o objetivo da pesquisa foi respondido. **Resultados:** Por ser uma nota prévia, ainda não estão disponíveis os resultados. **Conclusão:** Os benefícios esperados estão em conhecer com maior propriedade o resultado das ações educativas desenvolvidas no processo de trabalho em saúde, e quais são os desafios que se interpõem na relação entre educação, gestão e atenção em saúde.

**Área temática:** Gestão**.**

**Descritores:** Gestão em saúde; Processo de trabalho; Educação permanente em saúde.

**Descriptors:** Health management; work process; continuing health education.

**Descriptores:** Gestión de la Salud; proceso de trabajo, la educación permanente en salud.

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n° 8.080. Brasília: 1990.

2. Ditterich RG, Moysés ST, Moysés SJ. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(4):615-627, abr, 2012

3. Gil AC, Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1997.

4. Minayo MCS, O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRAMO, 2007.

5. Yin RK, Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª edição. Porto Alegre: Bookman. 2005.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# DESAFIOS DA GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE: UM OLHAR PELA ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS

# MANAGEMENT CHALLENGES OF PUBLIC HEALTH: A LOOK AT THE STRUCTURE AND ORGANIZATION OF SERVICES

# RETOS DE GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA: UNA MIRADA A LA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

SIGNOR, Eduarda [1]
SILVA, Luiz Anildo Anacleto da Silva[2]
GOMES, Iris Elizabete Messa[3]

[1] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Campus de Palmeira das Missões. Relatora/Autora do trabalho. E-mail: eduardasignor@hotmail.com
[2] Professor adjunto Dr. Em Enfermagem do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Orientador do trabalho.
3 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Campus de Palmeira das Missões. Co-autora do trabalho

**Introdução:** Neste projeto de pesquisa buscaram-se compreender quais são os principais desafios na gestão no que tange a organização e estruturação dos serviços de saúde e, sobretudo, no processo de trabalho, de um sérico de saúde de município no norte do estado, que corresponde a área da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul. As unidades básicas de saúde desempenham o papel de atendimento primário à população/usuário, onde são realizadas ações assistenciais de baixa complexidade. No Local onde se realizou a coleta de dados, os principais procedimentos realizados são: verificação de sinais vitais, curativos, atendimento médico, odontológico, consulta de enfermagem e demais atendimentos primários. Em 1988, é criada, pela Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS), criam-se também Leis Orgânicas da Saúde, com o intuito de modificar a situação de desigualdade na assistência à Saúde, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer pessoa, sendo banido qualquer tipo de cobrança em dinheiro pelo serviço, sob qualquer pretexto.[1] O SUS é destinado a todos os indivíduos, e é custeado com fundos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal.[1] O SUS tem como objetivo tornar-se um considerável instrumento de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos, proporcionando

serviços com qualidade apropriada às necessidades, independente do poder aquisitivo do usuário[1]. O SUS se propõe a promover à saúde, dando prioridade as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças e agravos, seu aumento e propagação, assim como o controle da qualidade da medicação, da alimentação, de exames, sanidade e adequação de instalações que atendem ao público.[1] O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado, quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região.[1] Os serviços de saúde ainda estão centrados no modelo curativo, de atenção a saúde com ênfase na resolução de 'doenças'. Nestes casos, o processo de trabalho fica concentrado em uma tríade que se concentra nas consultas médicas, exames e medicalização. A prevenção de doenças e agravos, hipertensão, diabetes, a acidentes de trabalho, e em sendo uma região agrícola a educação em saúde para o uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual. O processo pensar, planejar e gerenciar resulta da interação e, as estratégias de gestão são ações que criam possibilidades de gerenciar os processos de trabalho em saúde em novo curso, arrojado e democrático, num todo interdependente, interconectado. Assim, a gestão do trabalho em saúde não pode ser conceituada, simplesmente tecnicista, já que envolve modificação nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nos indivíduos.[2] Para que os serviços de saúde sejam resolutivos em suas áreas de abrangência necessitam de infraestrutura que contenham em quantidade e qualidade: materiais e equipamentos, trabalhadores, organização para a atenção primária, secundária e terciária de saúde e, principalmente, a configuração do processo de trabalho. Nesse contexto os gestores não têm a função de conduzir os indivíduos para realizar mudanças, mas sim de criar espaço organizacionais que influenciem, suportem e alavanquem a imaginação e a iniciativa de todos os níveis e, assim, estimular o método de mudança através da equipe envolvida no seu processo de trabalho.[2] Para se produzir mudanças nas práticas institucionalizadas nos serviços de saúde são necessários privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática via arcabouço teórico, ou seja, a teoria é experimentada nas práticas e as práticas são aperfeiçoadas nas teorias. Presentemente no Brasil, a assistência em saúde aos sujeitos-usuários desenvolve-se em uma diversidade de ações, de acordo com as políticas/programas, a atenção a estes ocorre em diferentes níveis de complexidade em distintas instituições/locais, sejam estas públicas ou privadas, com estruturas e diferentes níveis de complexidade a qual busca ser resolutivo nos problemas de saúde, com o estabelecimento de inter-relações entre as diversas áreas e profissões, o qual se caracteriza por ser um trabalho que se constrói coletivamente. Desta forma, projeta-se que a educação dos trabalhadores, que possam ser replicadas na atenção em saúde e na educação dos usuários, seja uma das alternativas para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão e avaliação dos processos de

trabalho. O **estudo se justifica** pela necessidade de compreender os principais desafios na gestão, organização e estruturação dos serviços de saúde e, sobretudo, no processo de trabalho. A interface que se faz com a educação e a gestão devem-se ao fato de que no processo de trabalho é indicativo que se faça atenção, educação e gestão. A educação é uma das formas mais proeminentes de aperfeiçoamento da atenção e da gestão. A **questão de pesquisa** buscou responder: quais são os principais desafios na gestão, organização e estruturação dos serviços de saúde e, sobretudo, no processo de trabalho. **Objetivos:** compreender quais são os principais desafios na gestão do serviço de saúde e, especificamente entender como está organizado e estruturado o serviço; compreender como se dá o processo de trabalho e compreender como ocorre a educação na gestão e atenção. **Método:** O estudo pode ser caracterizado como uma pesquisa qualitativa, descritiva e de caráter exploratório[3,4], tipo estudo de caso[5]. Os **sujeitos da pesquisa** serão os gestores municipais de saúde e trabalhadores da equipe multidisciplinar atuantes em um Centro de Atendimento Municipal em Saúde, (enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem e o secretário municipal de saúde). Como Instrumentos de coleta de dados pretendem-se utilizar-se de entrevista gravada em um sistema digital, com questões semi-estruturadas. No caso especifico desta pesquisa até o presente momento as entrevistas envolveram diferentes gestores e trabalhadores da área da saúde. Até o presente momento realizaram-se sete entrevistas, com diferentes segmentos profissionais. **Resultados:** Dados primários mostram que não há articulação entre a gestão, a atenção e a educação. **Conclusão:** A finalidade de um serviço de saúde está na promoção da saúde, na prevenção das doenças e, também, de prestar atendimento/procedimentos em saúde. A articulação de gestão e de educação é preponderante no aperfeiçoamento do processo de trabalho e, consequentemente, aprimorar o desenvolvimento de ações que visem a prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde e, sobretudo, aperfeiçoar a atenção aos usuários.

Á**rea temática:** Gestão**.**

**Descritores:** Gestão em saúde; Processo de trabalho; Educação permanente em saúde.

**Descriptors:** Health management; Work process; Continuing health education.

**Descriptores:** Gestión de la Salud; Proceso de trabajo, La educación permanente en salud.

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n° 8.080. Brasília: 1990.

2. Medeiros, Adriane Calvetti de; *et al*. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 38-42.

3. Gil AC, Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1997.

4. Minayo MCS, O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRAMO, 2007.

5. Yin RK, Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª edição. Porto Alegre: Bookman. 2005.

# NÚCLEOS DE ECONOMIA DA SAÚDE

# CENTERS OF HEALTH ECONOMICS

# CENTROS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

SILVA, Andreza da1
GERMANI, Alessandra Regina Müller2

1Acadêmica do Curso de Graduação da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS. andreza.enfermagem@hotmail.com
2Enf. Prof.ª Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS.

**Introdução:** O Sistema Único de saúde (SUS) possui diretrizes previstas na constituição federal de 1988 que o fundamentam como um sistema de universalidade e integralidade. Brasil (2012) considera que um dos maiores problemas da saúde pública são o financiamento insuficiente e a gestão inadequada, resultando em prejuízo no acesso e funcionalidade. Assim, buscando efetivar a descentralização das ações e com isso a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, foram instituídos os Núcleos de Economia da Saúde. Essa estratégia do Ministério da Saúde (MS) amplia as ações e fornece uma capilaridade que fomentará todo território brasileiro. Percebendo então a necessidade de um clareamento quanto à nova estratégia de aperfeiçoamento da gestão do SUS, foi elaborada uma pesquisa bibliográfica. Buscando um clareamento quanto essa estratégia de ação do MS. Sendo uma temática pouco desenvolvida por profissionais da enfermagem, estando diretamente ligada a qualidade da saúde da população, percebendo assim a necessidade de um aprofundamento quanto à temática. **Objetivo:** Nessa pesquisa foi objetivado compreender a importância dos núcleos de economia da saúde para a consolidação das ações de gestão da economia em saúde. **Metodologia:** O estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório. Foi utilizada a biblioteca virtual em saúde para coleta de matérias que subsidiassem o clareamento quanto os núcleos de economia da saúde. Sendo avaliada a coleção de publicações do MS. A partir dessa pesquisa, foram encontradas duzentos e trinta e seis publicações relacionadas à economia da saúde, vinte e três relacionadas à gestão da economia da saúde e apenas uma referente aos núcleos de economia da saúde. As publicações foram selecionadas conforme sua relevância para alcançar o objetivo proposto, sendo dezoito utilizadas para realização do estudo. Após seleção foi realizada a análise das publicações e registro da pesquisa. **Resultados:** Os princípios e diretrizes do SUS visam à universalização e descentralização das ações de

saúde. Para efetivação dessas estratégias coube aos municípios o fornecimento da assistência a saúde da população, com co-responsabilidade econômica com o Estado e União. A descentralização do sistema o torna acessível a todos brasileiros, de forma igualitária. Assim como a equidade distribui esses recursos conforme necessidade dos diferentes níveis de saúde. Com isso, temos um novo modelo de serviço de saúde. Respeitando a regionalização do país, conforme as demandas de cada contexto de inserção, sendo em nível municipal, estadual ou da União, deve-se pensar em estratégias de ações que fomentem adequadamente cada área. Através dessa capilaridade, levando as ações aos 5565 municípios brasileiros é que efetivamos a universalidade, o todo. Assim, os princípios do SUS devem ser avaliados através de instrumentos que possibilitem um clareamento quanto sua efetivação. Nessa lógica, é imprescindível a qualidade da gestão da economia em saúde, atendendo as reais demandas para garantia da saúde da população. Efetivando o sistema a partir da sensibilização dos gestores e co-responsáveis quanto à importância do conhecimento em economia da saúde e alocação dos recursos com sabedoria, as avaliando periodicamente para melhoria das condições de saúde. Auxiliando na redução da desigualdade da distribuição de recursos financeiros e disseminação do conhecimento em economia da saúde, no âmbito regional e estadual, temos os Núcleos de economia da saúde, (BRASIL, 2012). Assim, esses pontos focais têm a funcionalidade de subsidiar os gestores locais na avaliação das decisões pela aplicação de conhecimento e instrumentos de economia da saúde. Fortalecendo assim a gestão do SUS. Permitindo que qualquer iniciativa empregada pelo MS tenha a capilaridade de sustentar ações em todo território brasileiro. Esses pontos focais estão sendo estruturados, sendo uma estratégia atual do MS que necessita do apoio das esferas municipais, estaduais e da União, mais não tão direta como na ação e sensibilização dos gestores de saúde, de cada município para sua consolidação. Segundo Brasil (2012), para que realizem ações qualificadas, se faz necessário que estejam na estrutura organizacional das Secretarias de Estado da Saúde e das Secretarias Municipais da Saúde. Buscando dessa forma legitimidade e auxílio da estrutura física e recursos humanos adequados. Assim, para obterem a capilaridade e disseminação das ações de economia da saúde nos estados e municípios, os Núcleos de Economia da Saúde possuem cinco linhas principais: A elaboração de estudos econômicos. A implementação do Programa de Gestão de Custos. O apoio ao estado e aos municípios na declaração de dados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. O apoio à alimentação do banco de preços em saúde, promovendo economicidade em compras de insumo e equipamentos. O apoio às instâncias de gestão do SUS na elaboração e avaliação da execução dos orçamentos da saúde. (BRASIL, 2008). Essas linhas de atuação devem ser realizadas e avaliadas pelos gestores de saúde. Subsidiando em todas as esferas da economia da saúde. Entendendo a responsabilidade e importância das decisões e ações dos gestores para efetivação dos núcleos e dos princípios e diretrizes do SUS. Assim como o clareamento de que os recursos são limitados, e torna-se fundamental sua aplicabilidade de forma racional. Assim, Brasil 2001 considera que o SUS deve se nortear

pelos princípios constitucionais de universalidade, igualdade e integralidade da atenção à saúde. Incorporado os conhecimentos e ferramentas que auxiliarão os gestores a entender o papel da Saúde na economia, a discutir o financiamento do sistema, a fazer alocação mais eficiente dos recursos disponíveis, a regular melhor o mercado de produtos e serviços e a selecionar as tecnologias mais custo-efetivas. **Conclusões:** Os Núcleos de economia da saúde têm papel fundamental na disseminação das ações relacionadas à gestão da economia da saúde. Uma vez que consolidam a universalidade e equidade, resultando na efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Para que se potencializem as ações, os gestores da saúde devem ser sensibilizados quanto a sua co-responsabilidade nessa caminhada a melhoria das condições de saúde. Buscando conhecimento quanto à gestão de economia da saúde, alocação dos recursos financeiros, estratégias de ações e avaliação. Sendo que este um novo olhar na gestão da economia, necessitando de capacitação e subsídios necessários para que seja efetivado. Assim, a estruturação dos Núcleos de Economia da Saúde, visando à regionalização para efetivação de um todo é fundamental para o desenvolvimento das estratégias de ações dos gestores da saúde.

Á**rea temática:** Gestão.

**Descritores:** Economia da Saúde; Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde.

**Descriptor:** Health Economics; Health management; Unified Health System.

**Descriptor:** Economía de la Salud; La gestión de la salud; Sistema Único de Salud.

**REFERÊNCIAS**

Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde: Emenda Constitucional nº 29/2000. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Núcleos de Economia da Saúde: orientações para implantação. Série Gestão e Economia da Saúde. v.1 Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE À GESTÃO DO CUIDADO HOSPITALAR

# THE NURSING STUDENTS EXPERIENCE FACING THE MANAGEMENT OF HOSPITAL CARE

# LA EXPERIÊNCIA DE ACADÉMICOS DE ENFERMERÍA FRENTE A LA GESTIÓN DEL CUIDADO HOSPITALAR

STURBELLE, Isabel Cristina Saboia1;
BARTEL, Tainã Eslabão1;
BAZZAN, Jéssica Stragliotto1;
BRAGA, Diego Duro1;
AMESTOY, Simone Coelho2;
GUANILO, Maria Elena Echevarría2.

1Acadêmico(a) de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (FEn/UFPel). Contato: saboia.isabel@gmail.com
2Enfermeira Doutora Docente da Faculdade de Enfermagem da FEn/UFPel.

**Introdução:** A enfermagem é uma profissão que exerce diversas funções, entre elas a assistência ao paciente dentro e fora das instituições de saúde. Os princípios da formação da enfermagem fomentam o desenvolvimento de habilidades de liderança, estimuladas, principalmente, em virtude das tarefas que lhe são conferidas, por vezes, exigidas. É necessário que o enfermeiro desempenhe o papel de líder, uma vez que esta competência profissional está diretamente envolvida com análise crítica, identificação de problemas, tomada de decisões, planejamento e implementação de cuidados, alocação de outros profissionais da equipe de enfermagem e motivação dos profissionais da equipe de saúde[(1)]. A gerência do cuidado de enfermagem é um processo que tem por finalidade organizar o processo de cuidado através do diagnóstico, planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação das atividades de enfermagem e das necessidades individuais e coletivas dos usuários dos serviços de enfermagem e da instituição de saúde, de forma a articular o gerenciar do cuidado, as dimensões técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania no exercício desta função[(2-3)]. O enfermeiro como gestor e líder de uma equipe e/ou unidade possui um papel fundamental no cuidado. No entanto, observa-se atualmente uma divisão no cuidado de enfermagem, tendo em vista o modelo de organização do trabalho utilizado, ou seja, o enfermeiro passa a assumir um papel mais

administrativo do que assistencial interferindo no olhar integral da equipe de enfermagem para com o usuário[4]. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem frente à gestão do cuidado em ambiente hospitalar. **Metodologia:** O trabalho foi desenvolvido de março a junho de 2012, durante o período de estágio hospitalar curricular, este teve duração diária de seis horas, totalizando 23 encontros (138h). As atividades foram desenvolvidas em uma unidade de clínica médica da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, como requisito parcial de avaliação do componente Unidade do Cuidado de Enfermagem V- Adulto, Família e Gestão, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Em um primeiro momento, foi realizado um levantamento das necessidades da estrutura física da unidade, o dimensionamento de pessoal, o perfil dos pacientes internados e aspectos gerenciais relacionados ao cuidado, como roteiro de admissão do paciente e plano de alta, e após frente às fragilidades encontradas foi elaborado um plano de ação a ser desenvolvido na unidade juntamente com a equipe de enfermagem. **Resultados**: *Caracterização da Unidade:* Esta é identificada como de clínica médica e possui 24 leitos distribuídos em três enfermarias, contando ainda com dois leitos de isolamento. Todas as enfermarias possuem banheiros com sanitário, chuveiro coletivo excetuando-se os isolamentos que são quartos privativos e todo material inclusive o banheiro é de uso individual.Para cada leito é disponibilizado cadeira para acompanhante, bancada para armazenamento de utensílios pessoais e escada. As enfermarias apresentam boa iluminação e ventilação. Os quartos possuem lâmpadas de teto e cada leito uma lâmpada de cabeceira, no entanto, algumas necessitam de manutenção. As três enfermarias apresentam janelas com tela de proteção para insetos e portas que permitem o acesso dos usuários à área externa da unidade, tornando este local como de estar ou relaxamento. Além disso, a unidade conta com posto de enfermagem com anexo a uma área administrativa, copa, expurgo, sala para pequenos procedimentos, banheiro para funcionários e local para estudos e registros. A área física da unidade é considerada adequada possuindo rampas e escadas, piso e paredes em boas condições. A equipe de enfermagem no turno da manhã é composta por uma enfermeira e três técnicas de enfermagem e no turno da tarde e noite apenas duas técnicas de enfermagem realizam as atividades. Caso ocorra qualquer intercorrência tanto de procedimentos exclusivo do enfermeiro como emergência, a supervisão de enfermagem deverá ser solicitada. A unidade também conta com a equipe médica, residentes do hospital, nutricionistas e acadêmicos de nutrição, funcionários da limpeza e copa. *Necessidades Encontradas:* As necessidades encontradas na unidade relacionam-se à estrutura física, como por exemplo, o mau funcionamento das camas, condições inadequadas na pintura no local, déficit na iluminação artificial das enfermarias, assim como ausência do número de biombos necessários para assistência aos pacientes. Com relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e as inter-relações da equipe constatou-se que não são realizadas ações relacionadas à SAE. Evidenciou-se também, uma passagem de plantão individualizada, ou seja, o técnico de enfermagem responsável por uma enfermaria passa o plantão apenas para o profissional que esta assumindo a mesma enfermaria. *Ações*

*Realizadas:* Após as dificuldades encontradas elaborou-se um plano de ações a serem desenvolvidas durante a permanência do grupo na unidade. Tratando-se dos problemas de estrutura física, foram enviados memorandos para o setor de manutenção da instituição solicitando o concerto das camas, reposição das lâmpadas, fornecimento de biombos e a pintura da unidade. Obteve-se retorno do setor para o concerto das camas e reposição das lâmpadas de cabeceira, sendo informado pelo profissional da manutenção, que o uso incorreto dos materiais dificulta o bom funcionamento dos mesmos. Com relação a pintura a instituição estava em processo de reformas nos últimos meses, onde já estava sendo realizada a pintura de algumas unidades, sendo seguido um cronograma estabelecido pela instituição. Pensando-se em ações relacionadas à SAE, idealizou-se ações que fossem viáveis para atuação da equipe na assistência aos pacientes internados, sendo assim elaboramos um roteiro de admissão dos pacientes, que foi disponibilizado à equipe de enfermagem para aplicação durante as internações na unidade. Este roteiro foi constituído de uma anamnese completa e um exame físico detalhado. Por fim, com relação à passagem de plantão, acreditou-se ser necessário uma conversa com a enfermeira na tentativa de mudar essa rotina, sendo demonstrado a importância de uma passagem de plantão coletiva e não individual, ou seja, o técnico de enfermagem responsável por uma enfermaria deverá passar o plantão para toda a equipe que esta assumindo o mesmo, ocorrendo assim um conhecimento de todos os profissionais acerca de todos os pacientes internados e não apenas dos pacientes que iriam assumir no respectivo turno. Através de observação, pode-se identificar que houve mudança na passagem de plantão do turno da noite para o turno da manhã ocorrendo está de forma coletiva, estando os profissionais distribuídos em círculo. Porém da manhã para a tarde essa mudança não foi possível devido à falta de comprometimento da equipe com a proposta sugerida pelos acadêmicos e pela enfermeira da unidade e déficit de profissionais. **Conclusão:** Dessa forma, conclui-se que a gestão do cuidado esta relacionada direta e indiretamente com o usuário, seja através do contato propriamente dito, por meio da administração de medicação e histórico de enfermagem, como também por meio de mecanismos que assegurem uma melhor estadia e recuperação do usuário no ambiente hospitalar, podendo ser evidenciado na melhora da estrutura física, a qual seja capaz de proporcionar conforto aos usuários e acompanhantes, bem como pela implementação da SAE, com a finalidade de nortear o cuidado. Sendo assim, acredita-se que as instituições hospitalares devem investir mais em recursos humanos, aumentando o número de contratações de profissionais de enfermagem, a fim de possibilitar um cuidado de qualidade sem sobrecarga de trabalho. Neste sentido, compreende-se o gerenciamento do cuidado, como a capacidade do enfermeiro de integrar as ações administrativas, educacionais e assistenciais, com o intuito de assistir os usuários, buscando atender suas necessidades de saúde.

Á**rea temática:** Gestão

**Descritores:** Enfermagem; Gestão em Saúde; Cuidados de Enfermagem

**Descriptors**: Nursing; Health Management; Nursing Care

**Descriptores:** Enfermería; Gestión en Salud; Atención de Enfermería

**REFERÊNCIAS**

1.Souza LB, Barroso MGT. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. Esc. Anna Nery Rev Enf Rio de Janeiro 2009;13(1):181-187.

2 Christovam BP, Porto IS. Habilidades na Gerência do Cuidado: Aspectos Conceituais e suas Aplicações. XV Semana Científica e VII Semana de Gerenciamento em Enfermagem. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF, 2008.

3 Ribeiro M, Santos SL, Meira TGBM. Refletindo sobre Liderança em Enfermagem. Esc. Anna Nery Rev Enf Rio de Janeiro 2006;10(1):109-115.

4 Oro J, Matos E. Organização do Trabalho da Enfermagem e Assistência Integral em Saúde. . Enfermagem em Foco 2011;2(2):137-140.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ESTUDO DA LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS BRASILEIRAS

# STUDY OF LEADERSHIP IN NURSING IN SCIENTIFIC BRAZILIAN PRODUCTIONS

# ESTUDIO DE LIDERAZGO EN ENFERMERÍA EN PRODUCCIONES CIENTÍFICAS DE BRASILEÑAS

MACHADO, Bruna Parnov1
LIMA, Suzinara Beatriz Soares de2
TONINI, Tanise Finamor Ferreira3
MENEZES, Francislene Lopes4

1 Enfermeira. Mestre. Coordenadora adjunta e docente do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de santa Maria. E-mail: bruninha_pmachado@hotmail.com
2 Enfermeira. Doutora. Diretora de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria, docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
3 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria.
4 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria.

**INTRODUÇÃO:** A necessidade de desenvolver habilidades de liderança na Enfermagem nunca foi tão grande. Duas das principais características de uma nova liderança na enfermagem são: a de elevar a consciência dos enfermeiros por meio de uma contínua crítica ao sistema atual e a de oferecer fundamentos lógicos, filosóficos e práticos para mudanças essenciais, baseadas nos valores da enfermagem e no papel que assume no processo de assistência à saúde[1]. Em consonância com esse pensamento ressalta-se que todo enfermeiro é um líder e administrador em algum nível, e o papel da enfermagem requer habilidades de liderança e de administração[2]. Muitas teorias sobre liderança têm sido desenvolvidas, algumas delas extremamente úteis ao enfermeiro em sua posição de líder, uma vez que acreditamos que a Enfermagem necessita de líderes para tornar-se visível e reconhecida[3]. Repensar a liderança diante de um pensamento crítico-criativo e contextualizado é emergente em nossa práxis atual. Assim, buscar estratégias conciliando os objetivos organizacionais com os do grupo de enfermagem na busca da melhoria da qualidade da assistência de enfermagem é um caminho[4]. A partir desses conceitos, elaborou-se a seguinte questão norteadora de pesquisa: Quais as tendências da produção científica acerca da temática liderança na Enfermagem? **OBJETIVOS:** O objetivo geral foi

analisar as tendências de teses e dissertações brasileiras que trabalharam a temática liderança. Os objetivos específicos foram: caracterizar os trabalhos encontrados de maneira sistemática e descrever os principais modelos e referenciais teóricos utilizados pelas pesquisas. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva e de abordagem qualitativa, acerca das tendências das pesquisas sobre a liderança na enfermagem. Para a obtenção dos trabalhos, foi realizada uma busca no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no dia 29 de outubro de 2011. Utilizaram-se as palavras-chave: Enfermagem e liderança e selecionada a opção "todas as palavras", sendo que foram encontradas no total 122 teses/dissertações. Para a seleção dos trabalhos, foi realizada uma leitura do título e após uma leitura dos resumos. Como critérios de inclusão definiu-se que seriam analisados estudos com data a partir do ano de 1989, por ser essa a data da primeira produção acadêmica nacional sobre a temática. Como critérios de exclusão foram retirados trabalhos que apresentavam fuga ao objetivo proposto. Assim, o corpus de análise foi composto por resumos de trinta e quatro (34) trabalhos desses, vinte e sete (27) dissertações e sete (7) teses. Para a organização dos dados foi elaborado um quadro sinóptico contendo: ano de apresentação, nível acadêmico, título do trabalho, objetivos e resultados. Além disso, para designar cada trabalho, foi atribuído um código composto pela letra A, seguida pelos números 1, 2, 3 e assim sucessivamente. Os trabalhos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, sob a forma de categorias empíricas: modelos e referenciais teóricos utilizados nas pesquisas. **RESULTADOS**: O tipo de pesquisa mais expressivo foi a pesquisa de campo, com trinta e um (31) trabalhos, somente três (3) foram de revisão de literatura. Em relação à abordagem metodológica, dezenove (19) eram qualitativas e quatorze (14) quantitativas e um (1) quanti-quali. Embora a maioria dos trabalhos terem sido qualitativos, o resultado demonstra também um número significativo de produções quantitativas. Pode-se inferir que essa tendência aconteça pelo fato da temática liderança ter necessidades de investigações sob diferentes enfoques metodológicos, visto a características subjetivas e ao mesmo tempo objetivas. Dois trabalhos (2) tinham como área de concentração a Administração e trinta e dois (32) a Enfermagem. Mesmo os provenientes da área da administração, foram incluídos na análise por se tratarem de pesquisas cujo objeto foi a liderança em enfermagem Vinte e três (23) trabalhos foram apresentados na década de dois mil e onze (11) durante o período compreendido entre 1989 e 1999. É possível identificar um aumento significante entre as teses e dissertações que abordaram como tema de pesquisa a Liderança em Enfermagem, na última década. Esses dados retratam a tendência da crescente preocupação relacionada à administração em Enfermagem acerca de temas que englobam o relacionamento humano e o gerenciamento dos serviços. O primeiro trabalho realizado com a temática liderança foi uma tese de livre-docência e teve como objetivos analisar e verificar o estilo de liderança idealizado para o exercício da liderança pelo enfermeiro, na visão do pessoal auxiliar de enfermagem de um hospital-escola. Para o alcance destes objetivos a autora utilizou como metodologia a

elaboração de um Instrumento intitulado "Grid & Lideranca em Enfermagem", a partir do modelo Grid Gerencial de Blake e Mouton em 1987. É possível perceber a grande influência e importância desse estudo pioneiro no desenvolvimento de outras pesquisas relacionadas à Liderança em Enfermagem. A partir da leitura dos resumos foi possível identificar o uso desse referencial em seis (6) delas. As demais pesquisas quantitativas utilizaram como referencial teórico o modelo de liderança situacional proposto por Hersey e Blanchard, Liderança Situacional associada à Teoria de Conduta de Friedman e Rosenman, o modelo de liderança Caminho-objetivo, por meio do instrumento "Socialized Charismatic Leadership Construct", proposto por House em 1997, Liderança Situacional associada ao desenvolvimento de liderança Coaching e Liderança Situacional associada à carga de trabalho. Em relação aos referenciais teóricos utilizados nas pesquisas qualitativas destacam-se: teoria das Representações Sociais de Moscovici, modelo da liderança eficaz de Kouzes e Posner, conceitos de poder e violência em Hannah Arendt, Análise Institucional, tendência René Lourau (socioanálise), sóciopoética, fenomenologia, Processo de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta, onze (11) não especificaram no resumo e/ ou não adotaram um referencial teórico. Pesquisas recentes apontam que os enfermeiros vêem a liderança como algo que pode ser conquistado e aprimorado, não como um aspecto inacessível, ou seja, o líder não nasce pronto, mas constrói-se ao longo de sua formação como profissional e ser humano[5]. A liderança para os enfermeiros é entendida como a capacidade de influenciar a equipe, visando a atender aos objetivos da instituição, com base no conhecimento técnico-científico e no desenvolvimento de habilidades humanas e interpessoais. Contudo, outra constatação é a dificuldade que a tarefa de liderar representa na prática, pois os enfermeiros sentem-se sem referência sobre o que a organização espera deles e vice-versa[5]. **CONCLUSÃO:** Diante das publicações encontradas nota-se que a temática liderança na enfermagem evoluiu frente às transformações históricas, políticas, econômicas e paradigmáticas com no decorrer da sua evolução. Vários trabalhos analisados se fundamentaram em modelos de liderança. Entende-se que os Enfermeiros devem visualizar conceitos de liderança que enfatizem que o líder deve ter uma clara visão de si mesmo, procurar o autodesenvolvimento, possuir qualidades de comunicação, ter uma percepção holística da realidade, além de ser capaz de mobilizar as pessoas em torno das suas ideias ao invés de impô-las, ou seja, ser um inspirador para as pessoas. Assim, ressalta-se a importância da realização de pesquisas que tragam conceitos inovadores e que possam servir de referencia para a prática profissional.

**Área temática:** Gestão

**Descritores:** Enfermagem, Liderança, Gerência, Gestão em Saúde.

**Descriptors:** Nursing, Leadership, Management, Health Management

**Descriptores:** Enfermería, Liderazgo, Gerencia, Gestión en Salud

**REFERÊNCIAS**

1. Edwards R. Image, practice, and empowerment: a call to new leadership for the invisible profession. Revolution, 1994; 4(1):18-20.

2. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança na enfermagem: teoria e aplicação. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999, 557p

3. Chaves EHB. Aspectos da liderança no trabalho do enfermeiro. Rev. Gaúcha de Enferm, 1993;14(1):53-8.

4. Prochnow AG, Alcântara LM, Leite JL, Silva ICM. Liderança em enfermagem: um repensar necessário à prática gerencial hospitalar. Revista de Enfermagem Escola Anna Nery, 2003; 7(3):318-324.

5. Amestoy SC, Cestari, ME, Thofahrn MB, Milbrath VM. Características que interferem na construção do enfermeiro-líder. Acta Paul Enferm, 2009; 22(5):673-8.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# AUDITORIA DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE UTI DE UM HOSPITAL NO NOROESTE DO ESTADO DO RS

# AUDIT OF NURSING IN RECORDS OF THE INTENSIVE CARE UNIT A HOSPITAL IN WEST STATE OF RS

# AUDITORÍA DE REGISTROS DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL EN NOROESTE DEL ESTADO RS

SCHWENING, Mariana Depiere[1]
SARTURI, Fernanda[2]

[1] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul - UFSM /CESNORS. Relatora do trabalho. E-mail: maridepiere@hotmail.com
[2] Professora Assistente Msc. Em Enfermagem do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Orientadora do trabalho.

**Introdução:** A prática de auditoria teve início no século XII, na Inglaterra, essa técnica se fixou no século XVIII, pela Revolução Industrial, tendo continuidade até os dias atuais. Ela vem tomando novas dimensões ao longo dos anos e mostrando sua importância dentro das instituições hospitalares e operadoras de planos de saúde, porém, é difícil afirmar quando se deu início à auditoria, pois toda pessoa que verificava financeiramente os registros, e tinha dever de prestar contas a um superior era considerado um auditor. A auditoria é um sistema de revisão e controle, que existe para informar a administração sobre a eficiência das atividades e/ou serviços prestados. Sua função não é somente indicar as falhas e os problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, assumindo uma conduta de educação continuada, assegurando qualidade no atendimento, economia e redução de custo[1]. Também é classificada como uma avaliação sistemática da qualidade de assistência de enfermagem, a qual é prestada ao paciente pela análise de seus prontuários, acompanhamento do cliente, e a verificação se todo procedimento realizado e os itens utilizados estão na conta hospitalar, assegurando um pagamento equitativo mediante a cobrança apropriada[2]. Por se tratar de um tema diretamente ligado a administração financeira e da qualidade dos serviços em qualquer âmbito empresarial, destaca-se neste artigo a associação do tema com os serviços de saúde enfocando de forma mais específica a colaboração do trabalho da enfermeira nesta atividade. A auditoria é o instrumento de controle da qualidade do trabalho da equipe de enfermagem, sendo utilizada com o objetivo

de melhorar a qualidade do serviço prestado[3]. Sendo assim, pode-se considerar que a busca pela qualidade deixou de ser preocupação apenas das grandes instituições e passou a ser prioridade para todas as instituições que buscam seu desenvolvimento. A qualidade hoje é o diferencial para todos os profissionais da saúde, com isso, melhorar a qualidade da assistência de enfermagem deve ser foco de atenção dos enfermeiros para que possam estar em harmonia com a expectativa do cliente, que busca a resolução dos problemas que o aflige. Quando se fala em qualidade na área de saúde deve-se observar o nível de satisfação dos clientes, o número de reclamações e com que frequência elas ocorrem, o tempo de espera, seja em uma fila de atendimento ou no momento de uma alta médica, enfim, todas as circunstâncias presentes no ambiente da saúde e seus prováveis impactos na credibilidade da instituição. Através dos registros de enfermagem é possível identificar os pontos frágeis que necessitam de melhoria no processo de trabalho em enfermagem e ao se executar este processo, utiliza-se como instrumento de trabalho a auditoria como revisão detalhada das anotações de enfermagem que visa, a partir de diagnósticos realizados, a promover medidas de aprimoramento do cuidado[4]. A auditoria vem atender as necessidades das instituições de saúde no controle dos fatores geradores de contas de alto custo. No âmbito hospitalar, por exemplo, a enfermagem é responsável pela maior parte do consumo de materiais, devendo dispor atenção aos custos envolvidos no processo de cuidar, no intuito de suprir a adequação dos materiais de uso e, principalmente, da qualidade da assistência de enfermagem[2]. Os procedimentos de auditoria representam ferramentas importantes na gestão e mensuração da qualidade (auditoria de cuidados) e de custos (auditoria de custos). Envolve avaliação sistemática e formal dos procedimentos adotados pela instituição, como forma de detectar alternativas e corretivas para as propostas da instituição[5]. A auditoria em saúde tem ampliado seu campo de atuação para a análise da assistência prestada, tendo em vista a qualidade e seus envolvidos, pacientes, hospital e operadora de saúde, conferindo os procedimentos executados com os valores cobrados, para garantir um pagamento justo e um atendimento de. A auditoria inclui fiscalizar a correta realização de um serviço, verificar a qualidade das ações, realizar análise sistemática das informações, observar o cumprimento das normas institucionais e legais e, avaliar a adequação do processo de geração de informações. Todas essas funções visam à avaliação do cuidado, propósito do profissional enfermeiro[4]. A necessidade de garantir resultados positivos e clientes satisfeitos requer que as organizações aprendam a associar baixos custos com excelência de qualidade para os seus clientes. O profissional auditor hospitalar precisa conhecer e dominar os processos que envolvem o atendimento ao paciente desde sua internação à sua alta, bem como as características institucionais como normas, rotinas, políticas de gestão de custos e, de gestão de pessoas, dentre outros. Neste sentido, este estudo justifica-se pela necessidade de fundamentar a importância da auditoria de enfermagem na qualidade da assistência prestada ao cliente, bem como provocar a reflexão dos profissionais enfermeiros sobre a necessidade de conhecer e contribuir no processo de auditoria. Considerando que a área de Auditoria de Enfermagem é pouco

investigada espera-se contribuir na construção do conhecimento desta temática junto aos acadêmicos, enfermeiros e instituições de saúde. Para tanto, tem-se como **objetivo geral** analisar o processo de auditoria realizado pelo Setor de Auditoria de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital no noroeste do estado do RS. Ainda trás como objetivos específicos, descrever o processo de auditoria realizado pelo setor responsável; verificar o número de glosas dos últimos seis meses; elencar os motivos das glosas dos últimos seis meses e desenvolver junto com o setor responsável atividades educativas junto à equipe de enfermagem no que tange o processo de auditoria e, qualidade dos serviços prestados. **Metodologia:** O estudo caracteriza-se por ser qualitativo descritivo e exploratório de caráter documental. A coleta de dados será em prontuários de pacientes egressos da Unidade de Terapia Intensiva Adulta de um Hospital da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, e possui como critério de inclusão os pacientes egressos da unidade de terapia intensiva entre os meses de janeiro a junho de 2013 e o critério de exclusão é ser egresso antes de janeiro e depois de junho de 2013. Para coleta dos dados junto aos prontuários será utilizada uma planilha organizada de acordo com a temática. **Resultados:** Por ser uma nota prévia, ainda não estão disponíveis os resultados. **Conclusão:** Esta pesquisa trará como benefícios a construção do conhecimento na área de auditoria em saúde e enfermagem e, para tanto contribuições relevantes para qualidade da assistência prestada pela instituição de coleta de dados.

Á**rea temática:** Gestão**.**

**Descritores:** Auditoria de Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde; Registros de Enfermagem

**Descriptors:** Nursing Audit; Quality of Health Care; Nursing records.

**Descriptores:** Enfermería de Auditoría; Calidad de la Atención de la Salud; Registros de Enfermería.

**REFERÊNCIAS**

[1]CHIAVENATO I. **Administração de recursos humanos**. 2. ed. São Paulo: Atlas; 1981. 3 v.

[2]MOTTA, A. L. C. Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde. 5. **Ed. rev. E atual**. – São Paulo: Iátria, 2010.

[3]SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm.** 2009;22(3):313-7.

4LUZ, A.; MARTINS, A.P.; DYNEWICZ, A. M. **Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria**. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.9,n.2,p.344-61,mai.-ago.2007. disponível em HTTP://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>Acesso em 23 abril de 2013.

5RODRIGUES, V. A.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Arq. Ciênc. Saúde**. v. 11, n. 4, p. 210-4, out.-dez. 2004.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# TEORIA CONTINGENCIAL: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

# CONTINGENCY THEORY: A REFLECTION THEORY

# TEORÍA DE LA CONTINGENCIA: UNA TEORÍA DEL REFLEJO

SCHWENING, Mariana Depiere[1]
BLAU, Ana Carolina[2]
DAANDELS,Nadieli[2]
GOMES, Iris Elizabete Messa[2]
GEHLEN, Rubia Geovana Smaniotto[3]
SARTURI, Fernanda[4]

[1] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Relatora do trabalho. E-mail: maridepiere@hotmail.com
[2] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.
[3] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Bolsista PET Enfermagem.
4 Professora Assistente Msc. Em Enfermagem do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Orientadora do trabalho.

**Introdução:** A enfermagem é uma profissão que tem evoluído consideravelmente nos últimos anos, devido ao desenvolvimento técnico-científico e de sua prática profissional. Estudada e explicada sob diferentes enfoques, a práxis da enfermagem tem contribuído para o desenvolvimento pessoal e profissional, da categoria, o que faz com que ela necessite do apoio de outras ciências, como a administração, para a expansão do conhecimento. A enfermagem, por constituir um conjunto de ciências, humanas e sociais, busca, na administração a utilização do método científico, capaz de tornar o trabalho operacionalmente racional[1]. Dentre as áreas da administração estudadas pela enfermagem, destacamos as teorias administrativas. Tais teorias tem grande influência na organização dos serviços de saúde. O estudo das mesmas nos ajuda a compreender os processos fundamentais e, baseados nisso, escolher uma linha eficaz de ação. Em essência, uma teoria é um conjunto coerente de pressupostos elaborado para explicar as relações entre dois ou mais fatos observáveis. Portanto, as teorias válidas permitem-nos prever o que acontecerá sob certas situações. Com esse conhecimento, podemos aplicar diferentes teorias da administração a diferentes situações[2]. Entre as teorias administrativas, destacaremos aqui a Teoria Contingencial. A palavra contingência significa algo incerto ou eventual, que pode

suceder ou não, refere-se a uma proposição que só pode ser conhecida pela experiência e pela evidência e não pela razão. Esta afirma que não há uma abordagem universalmente aplicável a problemas de administração, mas que as necessidades de uma determinada situação definem a melhor abordagem para o problema organizacional. A abordagem contingencial é eclética, o que significa que um administrador pode fazer uso das técnicas de outras abordagens da administração quando a aplicação dessas várias técnicas, ou uma combinação entre elas, é a melhor solução para o problema específico[3]. A busca por modelos de estruturas organizacionais eficazes, relacionando variáveis ambientais e formas estruturais, dá origem a Abordagem Contingencial e marca o surgimento de um modelo denominado orgânico nas organizações. Este modelo, dotado de grande flexibilidade, descentralização e desburocratização, é colocado como opção para ambientes em constante mutação e condições instáveis, contrapondo-se, de certa forma, ao modelo mecanicista que prevalece em situações e ambientes relativamente estáveis. No que se refere à organização do trabalho esta abordagem privilegia a análise tecnológica, entre as diversas contingências, no sentido de limites à reorganização do trabalho. Está associada à participação do trabalhador, sendo que os estudos desenvolvidos colocam a participação relacionada às variáveis de condições estruturais, que facilitam ou dificultam a interação trabalhador/gerência e a propensão dos trabalhadores para buscar a participação. Desmistifica a administração científica do trabalho e reconhece os fatores contingenciais que interferem nas organizações e nas relações funcionais[4]. A abordagem contingencial foi desenvolvida por administradores, consultores e pesquisadores que tentaram aplicar os conceitos das principais escolas a situações reais. Quando métodos altamente eficazes numa situação deixavam de funcionar em outras, eles buscavam uma explicação. Por que, por exemplo, um programa de desenvolvimento organizacional funciona brilhantemente numa situação e fracassa terrivelmente em outra? Os defensores da abordagem contingencial tinham uma resposta lógica para essas situações: os resultados são diferentes porque as situações são diferentes; uma técnica que funcione num caso não funcionará necessariamente em todos os outros[2]. Para atender as necessidades das organizações levando-se em conta a modernização das empresas, à crescente complexidade do ambiente e as novas tecnologias, várias pesquisas foram feitas para verificar quais modelos organizacionais seriam mais eficazes e também questionar se as teorias mais conhecidas estavam sendo seguidas. Os resultados conduziram a uma nova concepção de organização. A estrutura de uma organização e o seu funcionamento depende da interface com o ambiente externo, ou seja, não há uma única e melhor forma de organizar. A diferenciação parte da relação que cada subsistema da organização tem unicamente com o que lhe é relevante, se os ambientes específicos diferirem quanto às demandas que fazem, apareceram diferenciações na estrutura e na abordagem empregada pelas unidades ou subsistemas, surgindo assim ambientes específicos da organização. Integração refere-se ao processo gerado por pressões externas a organização, a fim de alcançar unidades de esforços e coordenação entre os vários órgãos ou subsistemas para alcançar os objetivos

organizacionais[2]. O enfermeiro incorpora, na sua formação profissional, várias ciências, sendo uma delas a administração. Esta contribui com uma parcela que se concretiza, principalmente, na administração do pessoal de enfermagem e recursos da instituição. A Teoria da Contingência é relativamente recente, como tal a sua integração no referencial teórico sobre administração em cursos de formação em enfermeiros também o é. Desta forma a sua aplicabilidade na prática de enfermagem ainda não é possível de ser verificada com exatidão. Este fato não desvaloriza a importância que esta teoria tem tomado nos cuidados em saúde, nomeadamente em enfermagem. Como referido, segundo a teoria da contingência, fatores inerentes à sociedade que abriga organizações de saúde determinam propostas e práticas da mesma, por exemplo: o sistema economico; as propostas sociais; o regime político; os planos e programas educacionais e de saúde. Estes fatores interferem, diretamente, no desempenho das instituições de saúde, moldando a sua filosofia, estabelecendo as suas políticas, diretrizes e estrutura administrativa. A palavra contingência significa algo incerto, que pode suceder ou não, dependendo das circunstâncias. Refere-se a uma proposição, cuja verdade ou falsidade somente podem ser conhecidas pela experiência e pela evidência e não pela razão. A abordagem contingencial salienta que não se alcança a eficácia organizacional seguindo um único e exclusivo modelo de organização. Não existe uma forma única, ou seja, a melhor forma para organizar, no sentido de se alcançar os objetivos diversos da organização, dentro de um ambiente, também varia[1]. Dessa forma, deve o administrador estabelecer e desenvolver um tipo de organização, cujas características se ajustem à natureza do trabalho a ser realizado. Para tanto, deve existir uma perfeita adequação entre trabalho e organização de Recursos Humanos, cujo modelo certo vai depender da natureza do que será realizado e das necessidades das pessoas envolvidas. Este trabalho tem por **objetivo** caracterizar a Teoria Contingencial e também associá-la ao trabalho do enfermeiro. **Metodologia:** para a execução deste trabalho, foi inicialmente realizado um levantamento bibliográfico acerca da teoria contingencial. Neste levantamento buscamos a origem e os princípios desta teoria e sua relação com a Enfermagem. **Resultados:** a teoria contingencial traz contribuições significativas na organização dos serviços de saúde demonstrando que características de organização são variáveis dependentes e contingentes em relação ao ambiente e à tecnologia. Os enfermeiros e a enfermagem enquanto área são constantemente confrontados com os desafios da mudança e com a ocorrência de eventos imprevisíveis. Os planos de contingência visam o rápido acesso a indicadores de alertas que permitam responder de uma forma apropriada a situações de emergência. **Conclusão:** As características da organização não dependem dela própria, mas das circunstâncias ambientais e da tecnologia que ela utiliza. Sendo assim, a teoria da contingência mostra que as características da organização são variáveis dependentes e contingentes em relação ao ambiente e a tecnologia, evidenciando a importância do estudo do ambiente e da tecnologia. O exercício do enfermeiro tem sido determinado na atuação gerencial de instituições de saúde. O contexto em que se realiza essa prática gerencial está caracterizado por diversas

necessidades e possibilidades que nem sempre se aproximam do propósito de oferecer uma adequada assistência ao indivíduo. Nesse sentido, a Teoria Contingencial apresenta um importante artifício na administração de empresas, em particular a empresa hospitalar, por oferecer subsídios para o bom desempenho da gerência de enfermagem. Ela também assume o dinamismo da organização e permite a escolha, pelo líder, de diferentes estilos de liderança, em diferentes situações. Nessa abordagem, não se consegue eficácia e eficiência da organização, seguindo um único estilo de liderança, ou seja, não há um único e melhor modo para liderar.

**Área temática:** Gestão

**Descritores:** Enfermagem; Administração de Serviços de Saúde; Gerência.

**Descriptors:** Nursing; Health Services Administration; Management.

**Descriptores**: Enfermería; Administración de los servicios de salud; Administración.

**REFERÊNCIAS**

[1] SOUZA, F. M.; SOARES, E. A visão administrativa do enfermeiro no macrossistema hospitalar: um estudo reflexivo. **Rev Bras Enferm** 2006 set-out; 59(5): 620-5.

[2] STONER, J. A. F.; FREEMAN, Ed. Administração.

[3] Administração: História e Conceitos.

4 MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3):508-14.

# LIDERANÇA ENQUANTO COMPETÊNCIA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

# LEADERSHIP AS A PROFESSIONAL COMPETENCE OF NURSES

# LIDERAZGO COMO COMPETENCIA PROFESIONAL DEL ENFERMERO

BRAGA, Diego Duro1
AMESTOY, Simone Coelho2
ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena3
ÁVILA, Veridiana Corrêa 4
ANTONIOLLI, Liliana5
STURBELLE, Isabel Cristina Saboia 6

1Acadêmico de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). E-mail: diegodurobraga@hotmail.com
2Doutora em Enfermagem. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEn) da UFPel.
3Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Professor permanente do PPGEn da UFPel.
4Enfermeira. Egressa da FEn da UFPel.
5Acadêmica de Enfermagem da FEn da UFpel.
6Acadêmica de Enfermagem da FEn da UFPel.

**Introdução:** O ensino da enfermagem passou por várias modificações, resultantes de mudanças socioeconômicas que estão acontecendo no cenário mundial, as quais caracterizam a complexidade dos tempos atuais. Surge a necessidade de flexibilização e visão ampliada sobre o conhecimento, exigindo a formação de profissionais que dominem novas competências e habilidades. Em conformidade com as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem busca-se formar enfermeiros generalistas, humanos, críticos e reflexivos, capazes de aprender a aprender e de identificar, organizar e atender as necessidades de saúde da população. Assim, para o exercício da enfermagem, torna-se necessário o desenvolvimento das competências: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento, liderança e educação permanente[(1)]. A liderança consiste na capacidade do líder de influenciar seus colaboradores a atuarem de maneira crítica e reflexiva sobre sua práxis, por meio do estabelecimento de um processo de comunicação dialógico. Caracteriza-se pela construção de relações horizontais no ambiente de trabalho, nas quais florescem oportunidades de trocas de conhecimentos e aprimoramento coletivo entre o líder e seus colaboradores, havendo espaço para a

autonomia e participação ativa de enfermeiros, equipe e usuários, enquanto atores sociais[2]. Neste sentido, o líder representa o elo de apoio para a equipe, tanto no que se refere à educação quanto à coordenação do serviço, pois tem a responsabilidade de estimular o desenvolvimento do potencial coletivo, o que irá interferir diretamente na qualidade da assistência. Sendo assim, busca-se a formação de enfermeiros capazes de atender as necessidades de saúde dos usuários, enquanto agentes de transformação inseridos na rede de atenção. Acredita-se que além de potencializar o cuidado, a liderança poderá auxiliar na construção de um ambiente de trabalho satisfatório, mediante o estabelecimento de vínculos profissionais saudáveis e de processos dialógicos efetivos entre o enfermeiro e os demais integrantes da equipe de enfermagem e multiprofissional. Este olhar sobre a liderança, poderá contribuir com a formação de enfermeiros críticos, reflexivos, criativos, éticos, os quais sejam capazes de aprender a aprender e de colaborar com a autonomia e co-responsabilização de seus colaboradores na tomada de decisões, no planejamento e na implementação das práticas assistenciais. **Objetivo:** Realizar uma reflexão teórica sobre liderança enquanto competência profissional do enfermeiro. **Metodologia:** Trata-se de um estudo reflexivo com o intuito de abordar a liderança na enfermagem, bem como a formação de enfermeiros-líderes e sua relevância para o exercício da profissão. **Resultados e Discussão:** O domínio do conhecimento sobre liderança permite que o enfermeiro-líder possa definir a estrutura de trabalho de sua equipe e da instituição, influenciando no gerenciamento, educação, pesquisa, processos decisórios, aprimoramento e na autonomia de seus colaboradores, para disponibilizar uma assistência eficiente[3]. Voltando o olhar para a formação na enfermagem, percebe-se que a mesma tem se mostrado ainda atrelada ao tecnicismo, priorizando o aprendizado de procedimentos técnicos. No cenário atual, a formação do enfermeiro, ainda está associada às atividades técnicas, aspecto que influencia o cuidado prestado pelos profissionais. Este cuidado tende a ser desenvolvido de forma mecânica, norteado por tarefas que obedecem rigidamente normas e prescrições estabelecidas pela instituição. Além disso, alguns estudantes manifestam excessiva preocupação, em realizar procedimentos técnicos. Desta maneira, pode-se visualizar a ênfase do tecnicismo na formação e a desvalorização das competências de cunho gerencial, como a liderança, que é lembrada quando o enfermeiro já está inserido no mercado de trabalho e precisa tomar decisões, solucionar conflitos e coordenar uma equipe, que comumente é formada por trabalhadores com mais idade e experiência profissional[4]. Ainda, quando lembrada durante a formação acadêmica, identifica-se que os conteúdos teóricos têm sido apresentados na forma de aulas exaustivas, sem expor a relevância do seu real significado e, desarticulados entre si, não oferecendo o retorno desejado ao graduando[5]. Isto, em parte, pode explicar a dificuldade do exercício da liderança, tendo em vista que, quando descontextualizado da prática e da realidade do trabalho, engessa a instrumentalização do futuro profissional para tornar-se líder da equipe, uma vez que a liderança exige tomada de decisão a partir de vivências[4]. No decorrer da formação alguns acadêmicos assumem ou são levados a assumir uma postura mais passiva aguardando que

os professores ou outros profissionais da saúde direcionem o seu fazer. Depois de formados aflora a sensação de "estar sozinhos", originando insegurança, dificuldades no gerenciamento da equipe de enfermagem e, consequentemente, comprometimento de sua liderança. O predomínio de um ensino autocrático, que policia o pensamento crítico-reflexivo e mascara o processo dialógico, pode contribuir com a ocorrência desta situação[4]. Durante a formação acadêmica, busca-se que o educando desenvolva diversas habilidades e competências que incluem uma multiplicidade de conhecimentos, além da associação entre teoria e prática. Para que isso se efetive, é indispensável que os educadores e outros profissionais com quem os estudantes interagem, adotem posturas democráticas e estimulem o desenvolvimento de competências necessárias para formar lideres. **Considerações Finais:** A necessidade de fomentar o ensino transversal da liderança, devendo ser abordada ao longo da graduação, a preocupação quanto ao aprimoramento profissional e aproximação com a realidade do trabalho cotidiano da assistência são elencadas como estratégias que facilitam a formação de enfermeiros-líderes. A abordagem da liderança durante a graduação é essencial para a formação de enfermeiros-líderes capazes de desenvolver atributos que permitam ao profissional exercer em suas atividades, e diferenciar-se no campo de trabalho. A liderança, enquanto competência profissional do enfermeiro, além de potencializar o cuidado, poderá auxiliar na construção de um ambiente de trabalho satisfatório, mediante o estabelecimento de vínculos profissionais saudáveis e de processos dialógicos efetivos entre o enfermeiro e os demais integrantes da equipe de enfermagem e multiprofissional. Vislumbra-se a relevância de inserir a educação permanente nos serviços de saúde, a partir da sensibilização de gestores e profissionais, além de incentivar participação das instituições de ensino, mediante o oferecimento de cursos de pós-graduação. Faz-se necessário que os representantes dos órgãos formadores e das instituições de saúde sensibilizem-se para a importância do ensino e do aprendizado permanente da liderança, pois, dessa maneira, poder-se-á disponibilizar, ao mercado de trabalho, profissionais aptos para assumir a função de líderes da equipe de enfermagem e preparados para desenvolver atitudes conscientes, por capacitarem-se como agentes de transformação. Desta forma, ressalta-se a importância de investir na liderança como competência profissional e no seu processo contínuo de aprimoramento, o qual não deve restringir-se à formação acadêmica, mas ampliar-se ao ambiente de trabalho, a fim de destinar maior amplitude ao desenvolvimento profissional e autonomia do enfermeiro-líder nos serviços de saúde, em especial, nas instituições hospitalares.

**Área Temática:** Gestão.

**Descritores:** Enfermagem; Liderança; Educação em enfermagem.

**Descriptors:** Nursing; Leadership; Education; Nursing.

**Descriptores:** Enfermería; Liderazgo; Educación en Enfermería.

**REFERÊNCIAS:**

1. Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 09 Nov 2001. Seção1. p. 37.

2. Amestoy SC, Trindade LL, Waterkemper R, Heidman ITS, Boehs AE, Backes VMS. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. Rev. Bras. Enferm. 2010; 63(5):844-7.

3. Gelbcke FL, Souza LA, Sasso GM, Nascimento E, Bulb MBC. Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. Rev. Bras. Enferm. 2009; 62(1):136-139.

4. Amestoy SC, Cestari ME, Thofehrn MB, Milbrath VM, Trindade LL, Backes VMS. Processo de formação de enfermeiros líderes. Rev. Bras. Enferm. 2010 Nov-Dez; 63(6):940-5. 3.

5. Esperidião E, Munari DB. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. Rev. Esc. Enferm. USP. 2004; 38(3):332-340.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA GESTÃO

# THE MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN HEALTH SURVEILLANCE UNDER MANAGEMENT PERSPECTIVE

# LARESIDENCIA MULTI EN VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA PERSPECTIVA DE LA GESTIÓN

BANDEIRA, Danieli1
HODALI, Namir Ferreira El2
NOAL, Helena Carolina3
PREVEDELLO, PatriciaVedovato4
ROSSATO, Verginia Medianeira Dallago5

1 Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). danielibandeira22@gmail.com.
2 Farmacêutico. Residente do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da UFSM.
3Enfermeira. Mestre em Enfermagem/PPGENF/UFSM- Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúdeno Hospital Universitário de Santa Maria.
4 Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da UFSM.
5 Enfermeira. Doutora em Educação e Ciências Química da Vida e Saúde pela UFSM. Responsável pelo NVEH/HUSM.

**INTRODUÇÃO:** A vigilância em saúde é um setor essencial à gestão, e possui seus atores inclusos em cenas decisórias, por ter uma análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes[1]. Além disso, é integrante do campo da promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, é, pois, referencial para mudanças do modelo de atenção[2]. Neste sentido, a vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde, pois, detêm conhecimentos e metodologias que auxiliam a gestão para o conhecimento da realidade, identificação de problemas, estabelecimento de prioridades de atuação e melhor utilização dos recursos em busca de resultados efetivos, fundamentais para a elaboração do planejamento. A Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde e demais normatizações do Sistema Único de Saúde (SUS) destacam a importância da utilização da epidemiologia para o planejamento de ações e serviços, avaliação de resultados e alocação de recursos[3]. A partir de saberes e práticas da

epidemiologia, da análise de situação de saúde e dos determinantes e condicionantes sociais da saúde, as equipes de saúde da atenção primária podem programar e planejar ações, de maneira a organizar os serviços, aumentando o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde. A análise da situação de saúde permite a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde da população, por intermédio da caracterização da mesma, através de variáveis demográficas, socioeconômicas e culturais; das condições de vida; das características dos sujeitos do perfil epidemiológico, por meio de indicadores de morbidade; indicadores de mortalidade e; descrição dos problemas. Com o objetivo de qualificar os profissionais da saúde para a atuação no SUS, é criado em 2005, o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde[4]. Neste sentido, a inserção da residência multiprofissional no campo da vigilância em saúde, apresenta-se como estratégia de articulação da gestão entre os serviços de saúde, atuando, por meio de indicadores, na elaboração, planejamento e avaliação das situações de saúde. **OBJETIVOS:** Relatar as vivências e experiências da inserção da residência multiprofissional no campo da vigilância em saúde na perspectiva da gestão. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, caracterizado como um relato da experiência da atuação, na gestão da vigilância em saúde, de residentes multiprofissionais da Universidade Federal de Santa Maria. As ações dos residentes multiprofissionais na gestão da vigilância em saúde realizam-se durante as atividades do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde desta instituição, cuja área de concentração do programa é a Vigilância em Saúde, e são desenvolvidas no Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS). **RESULTADOS:** A atuação da residência no campo da vigilância em saúde vem se mostrando facilitadora na comunicação entre com os diferentes pontos da rede de atenção a saúde e na pactuação de suas ações coletivas. Além de participar de maneira multiprofissional na análise dos indicadores de saúde, fundamentais no conhecimento da realidade dos usuários e para parâmetro das ações de prevenção e promoção. A residência na vigilância em saúde tem por propósito, alcançar uma maior efetividade na planificação e gestão do setor saúde, corroborando para a identificação de prioridades e avaliações dos programas e serviços de saúde. É notória a participação da residência na consolidação do campo da gestão aliada ao da educação como estratégia fundamental na busca de alternativas que levem à consolidação do SUS. Neste sentido, a residência multiprofissional tem aproximado o ensino da gestão o que se mostra uma inovação na formulação de políticas para a formação de trabalhadores do e para o SUS. Fazem parte do processo de trabalho da vigilância em saúde o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre outros, estes sistemas de informação auxiliam o profissional na tabulação de dados epidemiológicos, revelando o perfil de saúde dos usuários facilitando a construção de indicadores pertinentes no processo de planejamento e gestão em saúde, desse modo, a residência multiprofissional vêm promovendo abordagens epidemiológicas

que visam ações de promoção à saúde, por meio da articulação dos sistemas de informações em saúde com os diferentes setores que buscam desenvolver atividades que garantam o bem estar da coletividade. Outro ponto fundamental é a contribuição da residência nos espaços decisórios de planejamento articulando diferentes setores de atuação da saúde, tanto a nível hospitalar quanto municipal e regional. C**ONCLUSÕES:** Considera-se uma experiência inovadora a inserção da residência multiprofissional no campo da gestão em saúde e vigilância uma vez que a formação dos profissionais que adentram a residência, em sua maioria, não possuem vivência neste campo que, apresenta um grande potencial para o planejamento das ações em saúde. A residência multiprofissional atua como facilitadora nas ações da vigilância em saúde, buscando novas interfaces de trabalho integrado na detecção e controle dos múltiplos riscos relacionados ao processo saúde-doença, mostra-se como estratégia fundamental na formação de profissionais aptos a articular com os diferentes níveis dos serviços e gestão em saúde.Uma das interfaces da vigilância é atuar na gestão aliada ao planejamento em saúde, útil na construção de propostas metodológicas de planejamento a fim de sistematizar o cálculo que precede e preside a ação, para fornecer ferramentas que permitam aos atores sociais, ou aos coletivos que planejam utilizar o conhecimento que possuem. O planejamento no setor saúde adquire estrema importância na medida em que configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir a direcionalidade ao processo de consolidação do SUS e se apresenta como potência para a renovação do seu planejamento. Sendo assim, a inserção da residência multiprofissional nesses espaços visa à produção de novas tecnologias de ensino-gestão-atenção com transformação das modalidades de produção de saberes e práticas de saúde, integrando o sistema de saúde loco-regional, através da instituição de novos fluxos capazes de garantir o acesso seguro e oportuno às tecnologias necessárias ao restabelecimento da autonomia e saúde dos usuários. Outro ponto fundamental é o fomento de novas metodologias de gestão e de atenção que estimulam a institucionalização de práticas de atenção e gestão compartilhadas entre gestores, profissionais, usuários e comunidade. Portanto, é imprescindível que a residência multiprofissional atue nesses espaços como facilitadora e fomentadora de ações que englobem a vigilância em saúde, a gestão e o planejamento estratégico.

**Área Temática:** gestão.

**Descritores:** gestão em saúde; vigilância; vigilância epidemiológica.

**REFERÊNCIAS**

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília, DF; 2006.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília, DF; 2008. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. Manual de gestão da vigilância em saúde. Brasília, DF; 2009.

4 Brasil. Presidência da República, Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. [internet]. Brasília, DF; 2005. [acesso em 2013 ago. 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

# NURSING'S CONTRIBUTION IN THE HOSPITALAR INFECTION CONTROL SERVICE

# CONTRIBUCIONES DE ENFERMERAS EN EL SERVICIO DE CONTROL DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

ZOTTELE, Caroline1

1 Enfermeira, Especialista em Administração Hospitalar, Gestão dos Serviços de Saúde e Controle de Infecção, responsável pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar/SCIH do Hospital Casa de Saúde (CS) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Santa Maria, Rio Grande do Sul/Brasil, carolzottele@hotmail .

**Introdução:** Neste século, vivencia-se um novo cenário na assistência ao paciente, em conseqüência do grande avanço tecnológico e científico, das conquistas desencadeadas pelos setores de comunicação e informática e da globalização das relações humanas. No entanto, o surgimento cada vez maior de novos agentes infecciosos, e o ressurgimento de infecções e doenças infectocontagiosas, que até pouco tempo estavam presumivelmente controladas, também caracterizam este novo século, o que representa um grande desafio aos profissionais de saúde. Desta forma, evidencia-se o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), como um setor de extrema importância e obrigatório em todos os hospitais. Esse serviço fornece subsídios para detecção de casos de infecção hospitalar e seus fatores de risco. Os enfermeiros que atuam na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), têm adquirido conhecimentos epidemiológicos e microbiológicos no dia-a-dia do agir hospitalar, permitindo entender porque essa especialidade esta diretamente ligada com a epidemiologia hospitalar e a multidisciplinaridade nas equipes[1]. Além disso, o enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) deve provocar a reflexão da equipe multiprofissional, afim de, promover o cuidado humanizado com novas alternativas de práticas assistenciais que venham colaborar para que o ambiente hospitalar seja local limpo e seguro, livre de infecções. **Objetivos:** Refletir acerca da criação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, bem como a inserção do enfermeiro como profissional essencial neste setor, abordando suas ações, conquistas e desafios. Relatar a experiência da implementação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) em um hospital de médio porte, bem como a importância da integração Ensino-serviço neste processo. **Metodologia:** O estudo trata-se de um relato de experiência baseado nas

vivências do enfermeiro, na construção do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) durante o ano de 2010, em um hospital de médio porte na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Resultados:** Os profissionais atuantes nas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) possuem a responsabilidade de instituir anualmente o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), com políticas institucionais para prevenir e controlar as infecções, porém, o êxito do programa está diretamente relacionado com o envolvimento de todos. A responsabilidade de prevenir e controlar a infecção hospitalar é individual e coletiva. Na assistência à saúde, independe de ser promoção, prevenção, proteção ou tratamento e reabilitação, o paciente deve ser visto como um ser integral. Assim, o enfermeiro, na assistência ao paciente, integra o trabalho dos demais profissionais, possibilitando reflexões e educação em saúde com vistas ao controle de infecção hospitalar. Deve promover o desenvolvimento de filosofia, cultura e prática de atuação que venha a excluir ou diminuir os resultados adversos da disseminação de doença infecciosa adquiridas. Diante do exposto, pode-se inferir que a infecção hospitalar é vista como relevante indicador da qualidade da assistência hospitalar. Desta forma o enfermeiro devido a seu papel articulador e competente vem ganhando cada vez mais espaço neste ambiente e assim como o serviço de prevenção, o enfermeiro também passou a ser considerado necessário na garantia de qualidade na saúde. Porém evidencia-se ainda a predominância da utilização de abordagens tradicionais e de modelos verticais pouco resolutivos para prevenir e controlar as infecções hospitalares. Em conseqüência disso observam-se ainda, negligências relacionadas às precauções universais ou precauções-padrão. Inquestionavelmente, a inadequação das medidas de proteção (por exemplo: uso de luvas, aventais, dentre outros), também tem sido exaustivamente reconhecida e divulgada; ainda assim, sente-se dificuldade de adesão dos profissionais conforme recomendações preestabelecidas[2]. Neste sentido, visualiza-se a importância do enfermeiro possuir um olhar ampliado, crítico-reflexivo à essa questão, para que seja capaz de propor novas formas de ações pró-ativas que envolvam os demais profissionais, o paciente e seus familiares. Talvez seja esta a tarefa mais complexa atribuída ao enfermeiro: a de disseminar informações de maneira horizontal, mas que pontuam as ações em prol do controle de infecção. É uma atribuição que exige muito conhecimento, definição e, principalmente, apropriação da difícil e ao mesmo tempo encantadora qualidade da comunicação. A divulgação das informações é de grande importância para a vigilância epidemiológica porque ao socializar estes conhecimentos, aumenta a responsabilidade da adoção de medidas de controle pelos profissionais que realizam atividades assistenciais[3]. Uma importante estratégia utilizada pelos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), tem sido a capacitação dos profissionais e o envolvimento dos enfermeiros, tornando-os multiplicadores das áreas relacionadas à prevenção de infecções hospitalares, devido à melhor vínculo com a equipe e supervisão contínua. **Conclusões:** Devido à importância dessas ações, vislumbra-se a necessidade de um modelo de avaliação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) que propicie maior envolvimento da

equipe multiprofissional, a fim de expressar suas experiências, opiniões, dúvidas, sugestões e críticas sobre o programa implantado anualmente, favorecendo ações conjuntas e educativas[1]. Por fim, evidencia-se que o enfermeiro precisa aliar pesquisa à prática e estar alerta às evoluções para poder acompanhar as mudanças necessárias conforme muda o comportamento dos indivíduos, famílias e comunidades e as características das doenças e assim ser um articulador das ações de controle de infecção no cenário hospitalar. O controle de infecção hospitalar, como fundamento para a prática, só será possível com a educação continuada dos profissionais que constituem a assistência ao paciente, pois as infecções hospitalares são eventos socioculturais e não apenas biológicos. Primar para que a competência, compromisso, responsabilidade, estejam fundamentados em práticas pertinentes, para atingir a qualidade em assistência a saúde, estando relacionadas à promoção da saúde e a reflexão que predispõem para comportamentos insalubres para as equipes e para os pacientes. Percebe-se a educação em saúde como uma estratégia que contribui para conscientização dos profissionais, estimulando o desenvolvimento da cultura da prevenção. Neste estudo, salienta-se a importância da articulação e integração do ensino com o serviço, nas discussões dialógicas e (re) construção de estratégias coletivas que venham ao encontro do objetivo principal, que é a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Acredita-se que este estudo possa contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas, bem como para implementação de estratégias coletivas de ensino-aprendizagem com vistas à melhora das ações de promoção da saúde e controle de infecções hospitalares, por meio do envolvimento, da motivação e participação coletiva.

**Área temática:** Gestão**.**

**Descritores:** infecção hospitalar; educação em enfermagem; gestão hospitalar.

**Keywords:** cross infection; education, nursing; hospital administration.

**Palabras clave:** infección hospitalaria; educación en enfermería; administración hospitalaria.

**REFERÊNCIAS**

1. Barbosa MEM. A atuação do Enfermeiro no Controle de Infecção no Paraná [dissertação]. Curitiba: Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná; 2007.

2. Fernandes AT, Fernandes MOV, Filho NR. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.

3 Oliveira AC, Armond GA, Clemente WT. Infecções Hospitalares: epidemiologia, prevenção e controle. Rio de janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# OS DESAFIOS DE UM ENFERMEIRO AUDITOR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

# THE CHALLENGES OF A NURSE AUDITOR: AN EXPERIENCE REPORT

# LOS RETOS DE UN AUDITOR ENFERMERA: UN RELATO DE EXPERIENCIA

TISOTT, Zaira Letícia1;
GOMES, Iris Elizabete Messa2;
SCHWENING, Mariana Depiere[2];
BLAU, Ana Carolina[2];
SIGNOR, Eduarda[2];
BORTOLI, Vanessa da Silva [3];
SILVA, Luiz Anildo Anacleto da4.

[1] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul - UFSM /CESNORS. . Bolsista do Núcleo de Tecnologia Educacional NTE/GR do Curso de Pós-Graduação em Gestão da Organização Pública em Saúde EaD. Relatora do trabalho. E-mail: zaira.tisott@hotmail.com .
2 Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul - UFSM /CESNORS.
[3] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul - UFSM /CESNORS, Bolsista PET Enfermagem, UFSM, campus de Palmeira das Missões.
4 Professor adjunto Dr. Em Enfermagem do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – CESNORS Campus Palmeira das Missões. Orientador do trabalho.

**INTRODUÇÃO:** O processo de trabalho dos profissionais da área da saúde tem como finalidade a ação terapêutica, na qual aponta como objeto, indivíduos sadios ou expostos a riscos, os quais necessitam tanto de medidas curativas, bem como a preservação da saúde, prevenindo e promovendo a saúde. Os instrumentos de intervenção utilizados constam do saber em saúde, que se utiliza de processos, formas, equipamentos e instrumentos, no qual o produto final é a própria prestação da assistência de saúde[1]. Com referencias as práticas de auditoria, salienta-se que essas tiveram origem no século XII, na Inglaterra, nessa época toda pessoa que verificava financeiramente os registros tendo como função prestar contas a um superior era considerado um auditor[2]. Hoje, os procedimentos de auditoria representam ferramentas importantes na gestão e mensuração da qualidade da através da auditoria de cuidados e financeira, através da auditoria de custos. Estas, por sua vez, envolvem

avaliação sistemática e formal dos procedimentos adotados pela instituição, como forma de detectar alternativas corretivas para a melhoria dos processos de trabalho[3]. A avaliação sistemática da qualidade de assistência de enfermagem pode ser auditada através da análise dos prontuários. Nessa constam: diagnóstico, prescrição e evoluções de enfermagem, procedimentos realizados e estratégias assistenciais. Já a auditoria voltada ao controle de contas hospitalares, a ênfase está controle do uso de materiais, medicamentos e equipamentos, órteses, próteses os quais têm por objetivo final a composição das contas hospitalares. A auditoria contábil de gastos representa uma importante fonte de recursos aos hospitais, em razão da minimização da rejeição de contas e, principalmente, pela efetiva contabilização dos recursos utilizados. Posteriormente incluídos na conta hospitalar, assegurando um pagamento equitativo mediante a cobrança apropriada[4]. O profissional auditor hospitalar precisa conhecer e dominar os processos que envolvem o atendimento ao paciente desde sua internação à sua alta, bem como as características institucionais como normas, rotinas, políticas de gestão de custos e, de gestão de pessoas, dentre outros. Nas organizações de saúde, a auditoria configura-se como uma importante ferramenta na transformação dos processos de trabalho que vem ocorrendo em hospitais e operadoras de planos de saúde, os quais estão buscando se reestruturar para manter a qualidade do cuidado prestado e ao mesmo tempo garantir uma posição competitiva no mercado de trabalho. Nas organizações de saúde, a auditoria configura-se como uma importante ferramenta na transformação dos processos de trabalho que vem ocorrendo em hospitais e operadoras de planos de saúde, os quais estão buscando se reestruturar para manter a qualidade do cuidado prestado e ao mesmo tempo garantir uma posição competitiva no mercado de trabalho[5]. Sendo assim o presente trabalho tem como objetivo analisar e identificar as principais dificuldades enfrentadas por um enfermeiro auditor em um hospital de médio porte. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, cuja finalidade é relatar a experiência vivida por acadêmicos de enfermagem em um estágio curricular. A atividade foi oportunizada junto à disciplina Estágio supervisionado I do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria- Campus de Palmeira das Missões. As atividades foram desenvolvidas no período de 2 de maio à 4 de Junho de 2013, em uma instituição hospitalar situada na região Norte do Rio Grande do Sul. **Resultados e discussão**: Percebe-se, em relação aos prontuários dos pacientes a inexistência de evoluções, em relação a alguns procedimentos, além de apresentarem-se incompletas, e não fidedignas. Estudos apontam que, por meio da documentação e registros de todas as ações de enfermagem, é possível avaliar a qualidade dos cuidados prestados[6]. A ausência de dados, bem como registros de forma indevida, podem acarretar prejuízos à instituição, pois grande parte do não pagamento de medicamentos, materiais e procedimentos estão vinculados a falta de registros de enfermagem[3]. Observa-se que a auditoria de custos é realizada através da busca individual na folha de gastos de todos os materiais utilizados pelo paciente no decorrer dos dias de internação. Contudo, a complexidade do processo de trabalho em saúde está condicionada por múltiplos fatores

como: a cultura e paradigma da ciência; o processo de organização das profissões da saúde; o conhecimento científico e os recursos tecnológicos; a base conceitual de organização do trabalho e do modo de produção e o nível de organização dos trabalhadores[1]. Nota-se ausência de educação permanente por parte da enfermeira auditora com os funcionários da instituição. Logo, as propostas de educação permanente possibilitam as pessoas a compreensão e construção de novos conhecimentos, que promovem modos de pensar criativos, para favorecer o desenvolvimento pessoal e social, consequentemente na capacidade reflexiva dos trabalhadores em serviço[7]. Esses processos oferecem ao profissional ajuda e tende a fortalecer processos de crescimento pessoal e transformação no âmbito profissional, desenvolvendo autonomia, a capacidade de aprender e a consciência da importância da formação permanente. **Considerações finais:** Através do estudo pode-se analisar e identificar importantes dificuldades enfrentadas pela enfermeira auditora. É necessário criar alternativas de dinamizar e otimizar o processo da auditoria de custos nessa instituição, bem como a realização de educação permanente com os funcionários, a fim de, proporcionar a eles uma melhor aderência ao serviço de saúde, com enfoque para a importância dos registros de enfermagem, com o intuito de obter uma autêntica auditoria de cuidado, consequentemente, aperfeiçoar a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

**Descritor:** Enfermagem, Gestão Hospitalar, Auditoria de enfermagem.

**ÁREA TEMÁTICA: GESTÃO**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: AnnaBlume/CNTSS, 2008.

2. Scarparo A F. Auditoria em enfermagem: revisão de literatura. Revista Nursing, 2005, jan; 80(8): 46-50.

3. Rodrigues V A, Perroca M G, Jericó M C. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. Arq. Ciênc. Saúde v. 11, n. 4, p. 210-4, out.-dez. 2004. 4. Motta A L C. Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde. 5. Ed. rev. E atual. – São Paulo: Iátria, 2010. 5. Dias T C L, Santos J L G, Cordenuzzi O C P, Prochnow A G. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. Rev Bras Enferm, Brasilia 2011 set-out; 64(5): 931-7.

6. Setz V G, Díinnocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. 2009; 22 (3): 313-7.

7. Ricaldoni C A C, De sena R R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2006 novembro-dezembro; 14(6) www.eerp.usp.br/rlae.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# AÇÕES DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA PARA CÂNCER DE MAMA

# SHARES OF SECONDARY PREVENTION FOR BREAST CANCER

# ACCIONES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA PARA EL CÁNCER DE MAMA

KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat1
ROSANELLI, Cleci de Lourdes Schmidt Piovesan1
LORO, Marli Maria1
DALLABARBA, Patrícia2
SILVA, Liliane Angélica da Rosa2

1 Enfermeira. Dda em Ciências pelo programa Dinter UNIFESP/EEAN/UFSM e Docente do Departamento de Ciências da Vida (DC Vida) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul( UNIJUÍ).
2 Acadêmica do Curso de Enfermagem da UNIJUÍ.

**Introdução**: O câncer (Ca) de mama é um problema de saúde pública, pois é a segunda neoplasia de maior incidência na população feminina mundial, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano[1]. É uma doença difícil de ser evitada, porém, o conhecimento de seus fatores de risco e, um melhor entendimento acerca das formas preventivas podem contribuir para a detecção precoce. Para a detecção precoce, podemos adotar duas estratégias: o diagnóstico precoce e o rastreamento. O diagnóstico precoce incite na conscientização da população e de profissionais de saúde para os sinais e sintomas precoces do Ca promovendo a realização de uma consulta nos serviços de saúde para os indivíduos sintomáticos. Já o rastreamento ou a prevenção secundária, é quando a população sem sintomatologia submete-se a exames para detectar as lesões precursoras do Ca e planejar e organizar referências para a confirmação diagnóstico e, tratamento[2]. A prevenção secundária pode ser considerada efetiva, pois seu objetivo é o diagnóstico em estágios iniciais da doença. A partir deste contexto, o objetivo deste estudo é: Avaliar as ações de prevenção secundária realizadas por mulheres no intuito de prevenir o câncer de mama. **Método**: Estudo transversal de caráter descritivo. Realizado nos meses de fevereiro, março e abril de 2013 na Clinica Médica IIB do Hospital de Caridade de Ijuí (HCI), localizado em Ijuí – Rio Grande do Sul (RS) – Brasil. Participaram mulheres internadas para tratamento clínico que não tem ou tiveram Ca de mama. Foram excluídas mulheres com idade inferior 35 anos. O instrumento de pesquisa foi elaborado pelas pesquisadoras e compunha questões sociodemográficas e de prevenção secundária. Os dados foram digitados no software

Statistical Program for Social Sciences versão 18.0 (SPSS), e analisado por meio da análise descritiva. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) sob parecer 187.741. **Resultados**: Participaram 91 mulheres com média de idade de 64,5±14,44 anos. O maior percentual era casada 60,4%, com ensino fundamental incompleto 63,7%, com renda de 01 a 02 salários mínimos 59,3%, de cor branca 79,1%. Quanto às ações de prevenção secundária o exame clínico das mamas (ECM) feito por profissionais de saúde foi mencionado como realizado por 68,1%, com frequência de cada dois anos 54,8%. E a realização da mamografia (MMG) foi mencionada por 63,7% e destas 39,7% realizam com frequência anual. **Discussão**: O Rastreamento do Ca de mama é uma ação complexa que se inicia com a definição da população-alvo e se finaliza com o diagnóstico de lesões suspeitas e com o tratamento para o câncer[2]. Este rastreamento consiste em identificar o Ca em seus estágios iniciais, em populações assintomáticas e, com isso, possibilitar a mudança em seu prognóstico. No Brasil, segundo dados referentes aos fatores de risco disponibilizados pelo INCA[3], a idade média das mulheres com Ca de mama é de 52,4 anos. A população investigada teve sua média de idade de 64,5 anos, idade em que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) a realização bianual da MMG. O Ca de mama é raro em populações menores de 35 anos, e cresce rapidamente e progressivamente com o avançar da idade, sendo descoberto na população entre 40 e 60 anos de idade[4]. Para tanto a população do estudo, está em idade com predisposição para esta patologia, e deve ser atendida pelos profissionais de saúde atentando para este fator. A escolaridade da maioria das investigadas era de Ensino Fundamental Incompleto, dados desta pesquisa corroboram com um estudo realizado em um CACON no Espírito Santo, Brasil, que objetivou descrever o perfil sociodemográfico de pacientes atendidos no referido serviço, em que 70,9% da população não era alfabetizada e/ou possuía Ensino Fundamental incompleto[5]. A renda das pesquisadas foi de um a dois salários mínimos em sua maioria. Estudo realizado em Propriá, Sergipe, Brasil, identificou que o maior percentual dos sujeitos tinha renda de até um salário mínimo[5]. Dentre os fatores associados às condutas preventivas do Ca de mama estão, o melhor nível socioeconômico, a história familiar de Ca de mama e a história pessoal de biópsia mamária com resultado benigno, estes fatores estão relacionados com as maiores prevalências e com tumores diagnosticados precocemente. Algumas características sociodemográficas podem estar associadas ao nível de conhecimento das mulheres sobre os fatores de risco. No Brasil o recomendado para o rastreamento do Ca de mama é o ECM e a MMG anual para as mulheres com risco elevado a partir dos 35 anos, e a partir de 40 anos preconiza-se o ECM anual, de 50 a 69 anos o ECM e MMG bianual[2]. O ECM consiste na inspeção visual e palpação das mamas feitas por um profissional de saúde capacitado para tal[2]. Em estudo realizado com mulheres trabalhadoras de indústrias têxteis de Botucatu/São Paulo, 85% se submetia ao ECM pelo menos uma vez por ano. Este exame deve fazer parte da integralidade no atendimento a mulheres, o qual deve ser inserido no exame físico e ginecológico de mulheres independente de idade[4]. Este é preconizado pelo INCA que seja

realizado anualmente em mulheres acima de 40 anos de idade[3]. De acordo com o MS, as mulheres com 40 anos ou mais devem realizar a MMG de dois em dois anos. Resultado da pesquisa evidencia que a maioria das mulheres realiza mamografia (63,7%), e destas (39,7%) realizam anualmente e (31,0%) a cada dois anos. A mortalidade por Ca da mama pode ser reduzida significativamente entre as mulheres, se estas realizarem as ações de rastreamento que são fundamentais para o diagnóstico precoce entre elas o ECM e a MMG. Esta pesquisa incita resultados positivos em relação à realização de ações de prevenção secundária, de mulheres sem Ca de mama, porém estes dados ainda podem ser melhorados, pois a população entrevistada não é homogênea, tendo em vista que pertence a inúmeros municípios. **Conclusão**: Fizeram parte do estudo 91 mulheres sem câncer de mama. O maior percentual delas casadas, com ensino fundamental incompleto, com renda de 01 a 02 salários mínimos e de cor branca. Evidenciou-se que as mulheres investigadas realizavam as ações de prevenção secundária, entretanto, esta prática, pode ser ainda mais explorada.

**Área Temática**: Saúde Coletiva

**Descritores**: Neoplasias de mama; fatores de risco; prevenção secundária.

**REFERÊNCIAS**

1CINTRA, JRD et al. Perfil imuno-histoquímico e variáveis clinicopatológicas no câncer de mama. Rev Assoc Med Bras. 2012; 58(2): 178-187.

2 SILVA, R. C. R.; HORTALE, V. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? Rev Bras de Cancerol. 2012; 58(1):67-71.

3BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?id=5>. Acesso em: 14/06/2013.

4SILVA, P. A.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. Rev Bras de Enferm. 2011;64(6):1016-21.

5HERR, G. E. et al. Avaliação de conhecimentos acerca da doença oncológica e práticas de cuidado com a saúde. Rev Bras de Cancerol.2013;59(1):33-41.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# SEGURANÇA DO PACIENTE EM UTI: NURSING ACTIVITIES SCORE, CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES E EVENTOS ADVERSOS/INCIDENTES

# PATIENT SAFETY IN ICU: NURSING ACTIVITIES SCORE. CHARACTERISTICS OF PATIENT AND ADVERSE EVENTS/INCIDENTS

# SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI: NURSING ACTIVITIES SCORE, CARACTERÍTICAS DE LOS PACIENTES Y EVENTOS ADVERSOS/INCIDENTES

ANDOLHE, Rafaela1
SOUZA, Neila Santini2
SILVEIRA, Andressa da3

1. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEUSP. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIPAMPA/Uruguaiana. E-mail: rafaela.andolhe1@gmail.com
2. Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem do Doutorado Interinstitucional promovido pelo Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da UNIFESP/UFRJ/UFSM – DINTER Novas Fronteiras. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa/UNIPAMPA – Campus Uruguaiana/RS.
3. Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

**Introdução:** A preocupação com a segurança do paciente tem ganhado cada vez mais notoriedade quanto à sua importância e necessidade de implementação desta nos serviços de saúde. Isso porque o cuidado seguro tem sido fortemente associado à qualidade da assistência, bem como à satisfação do paciente com o atendimento recebido. Importante considerar que os Eventos Adversos (EA) ou incidentes (I) com danos são definidos como injúrias causadas pelo tratamento médico e que não estão relacionadas à doença base, prolongando a hospitalização ou desabilitando o paciente para a alta, ou ambos [(1)]. Essas lesões podem ser mensuráveis nos pacientes afetados não apenas prolongando o tempo de internação, mas também, provocando óbito do paciente [(1-2)]. Os incidentes sem danos são complicações não intencionais decorrentes do cuidado prestado, que não envolvem lesão mensurável, prolongamento do tempo de internação ou óbito nos pacientes afetados [(1)]. Na assistência hospitalar, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), como unidade de destino de pacientes gravemente enfermos, é considerada por diversos autores como a unidade onde mais ocorrem EA/I. Isto porque os pacientes que exigem cuidados intensivos requerem intervenções terapêuticas complexas e em maior número, ficando, assim, mais vulneráveis

a falhas na assistência. Essa unidade, caracterizada pela utilização de materiais e equipamentos de alta tecnologia para prestar assistência ao paciente crítico, exige de seus profissionais elevado padrão de conhecimento técnico e científico e competências específicas para o trabalho em equipe. No entanto, apenas o rigor na capacitação de seus profissionais não impede que falhas na assistência ocorram, uma vez que o ser humano é falível [3]. **Objetivos:** Identificar o perfil dos pacientes assistidos em oito Unidades de Terapia Inensiva (UTI) de um hospital-escola, de porte extra, de alta complexidade, da cidade de São Paulo, bem como relacionar idade, tempo de internação, carga de trabalho de enfermagem, gravidade, probabilidade de morte e a ocorrência de eventos adversos e incidentes. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal, realizado em diferentes UTI, durante o mês de outubro de 2012, para identificar a ocorrência de EA/I durante a internação nas unidades campo de estudo. Para identificar os EA/I foi utilizado um instrumento específico, constituído de 5 partes, quais sejam: I - Identificação do paciente; II - Parâmetros de Gravidade; III - Intervenções Terapêuticas; IV - EA/I e, para a carga de trabalho foi utilizado o Nursing Activities Score (NAS). As informações coletadas do prontuário do paciente, por enfermeiros analistas treinados previamente para a identificação de incidentes, pautados na categorização da Organização Mundial da Saúde (OMS) [1]. Essas informações foram digitadas em um banco de dados específico elaborado para esse fim, denominado Banco Universal com posterior processamento pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0, com validação e checagem da consistência dos dados. As variáveis demográficas biossociais e clínicas dos pacientes foram apresentadas com frequências absolutas, média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* indicou não normalidade das variáveis. A correlação entre as variáveis quantitativas foi realizada com a correlação de Spearman. **Resultados:** Fizeram parte da amostra estudada 111 pacientes, sendo que 54,10% eram homens, procedentes da unidade de internação (87,40%) e sobreviveram à internação na UTI (97,30%), até a saída da Unidade. Quanto à média de idade dos pacientes foi de 51,00 anos, com mínima de 16,00 anos e máxima de 90,00 anos. O tempo médio de permanência na UTI foi de 5,47 dias. Em relação à pontuação média do NAS foi de 70,03%, que se apresenta como uma pontuação elevada, achado semelhante aos encontrados em outro estudo brasileiro [5]. Esses resultados evidenciaram que os pacientes estudados exigiram importante demanda de cuidados da equipe de enfermagem. A medida da carga de trabalho de enfermagem é um importante instrumento para adequação do dimensionamento de pessoal em UTI, visando otimizar recursos humanos, diminuir custos [4] e qualificar o cuidado prestado. No que se refere ao escore médio do SAPS II de 27,05 e 12,00% de probabilidade de morte, as alterações clínicas e, por consequência, aumento da gravidade e probabilidade de morte, exigem maior intensidade terapêutica e, por consequência, há maior chance de ocorrência de falhas [5], o que torna o paciente mais suscetível aos EA/I. Em relação aos EA/I, 111 pacientes sofreram 1.055 ocorrências no decorrer da internação na UTI. Das 1.055 ocorrências, 684 (64,83%) foram incidentes (sem

dano) e 371 (35,17%) eventos adversos (com dano), que envolveram 52 (46,85%) e 59 (53,15%) pacientes, respectivamente. Esse valores foram aproximados aos identificados em outro estudo em UTI Adulto [5]. Embora as falhas na assistência em saúde sejam comuns [4-5], é um número importante. Por essa razão, a identificação de falhas nos processos de trabalho, bem como relacionadas à estrutura organizacional dos serviços [5], faz-se necessária para a implementação de estratégias de prevenção de erros na assistência. A variável EA/I, além da idade, apresentou correlação positiva moderada com o tempo de internação na UTI (p=0,00 e r=0,41). Esse resultado é compatível ao de outra pesquisa brasileira que identificou associação entre o tempo de permanência e a ocorrência de EA/I com sondas gástricas, cateteres centrais, tubo orotraqueal ou traqueostomia, além do aumento da carga de trabalho [5]. Esse resultado reforça a maior suscetibilidade do paciente a sofrer algum EA/I quanto maior for o tempo de permanência. A variável EA/I apresentou baixa correlação com a gravidade (p=0,00 e r=0,27) e probabilidade de morte (p=0,00 e r=0,27), resultados observados também em outros estudos[4-5]. **Conclusões:** Esses resultados reafirmam que é indiscutível a importância do tempo de internação como variável associada às ocorrências de falhas durante a permanência do paciente em UTI. Esse aspecto deve ser considerado pelos enfermeiros para a implementação do plano de cuidado, na perspectiva da qualidade e segurança do paciente. A importância da identificação dos fatores associados aos EA/I é irrefutável para o estabelecimento de medidas de prevenção. Essa pesquisa avança porque oferece algumas direções sobre a associação dos EA/I, carga de trabalho de enfermagem, gravidade do paciente, probabilidade de morte e tempo de permanência em UTI. Pesquisas futuras que empreguem outros desenhos de investigação, outros instrumentos e acréscimo de outras variáveis podem encontrar outras associações entre as variáveis.

**Área temática:** Segurança do paciente

**Descritores:** Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Carga de Trabalho.

**Keywords:** Nursing; Intensive Care Units; Workload.

**Palabras clave:** Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; Carga de Trabajo.

**Referências:**

1. Organização Mundial da Saúde (OMS) [home page na Internet]. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. [citado 2012 nov 23] Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/.

2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. Qual Saf Health Care. 2004;13:145-52.

3. Reason J. Human error. New York: Cambridge University Press; 1990.

4. Gonçalves LA, Padilha KG. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intesiva. Rev Esc Enferm. 2007;41(4):645-52.

5. Toffoletto MC. Fatores associados à ocorrência de eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PLACA SINALIZADORA COMO ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

# SIGNPOST AS STRATEGY FOR PATIENT IDENTIFICATION: AN EXPERIENCE REPORT

# SEÑALIZACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: UN RELATO DE EXPERIENCIA

ANTONELLO, Eveline do Amaral[1]
PASA, Thiana Sebben[2]
MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza[3]
CERVO, Anamarta Sbeghen[4]
ZOTELLE, Caroline[5]
SILVA, Fernanda Stock da[6]
LANDERDAHL, Noeli Terezinha[7]

1 Enfermeira do Hospital Unimed Santa Maria. Especialista em Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde pela Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP. Membro integrante da Rede Brasileira de Segurança do Paciente (REBRAENSP) – Pólo Porto Alegre - Núcleo Santa Maria/RS. eveebr@yahoo.com.br.
2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem (TSEE). Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. Membro integrante da REBRAENSP – Pólo Porto Alegre - Núcleo Santa Maria/RS.
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Docente do Departamento e do PPGEnf/UFSM. Líder e pesquisadora do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. Membro integrante da REBRAENSP – Pólo Porto Alegre - Núcleo Santa Maria/RS.
4 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Mestre em Enfermagem (PPGEnf/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem (TSEE). Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. Membro integrante da REBRAENSP – Pólo Porto Alegre - Núcleo Santa Maria/RS.
5 Enfermeira da Casa de Saúde. Especialista em Administração Hospitalar e Controle de Infecção pela INESP. Presidente da Rede Brasileira de Segurança do Paciente (REBRAENSP) Núcleo Santa Maria/RS.
6 Enfermeira. Coordenadora de Enfermagem Hospital Unimed SM. Especialista em Administração Hospitalar pela UNIFRA. Membro da Rede Brasileira de Segurança do Paciente (REBRAENSP) Núcleo Santa Maria/RS.
7 Enfermeira do Núcleo de Educação em Saúde (NEPS) do HUSM. Especialista em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS. Membro integrante da REBRAENSP – Pólo Porto Alegre - Núcleo Santa Maria/RS.

**INTRODUÇÃO:** A identificação do paciente é a primeira das seis metas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para promoção da Segurança do Paciente[1]. Visando a criação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 01 de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria nº 529. Esse Programa tem como objetivo geral melhorar o cuidado em estabelecimentos de saúde brasileiros[2]. Nesse intuito, foram lançados protocolos que visam padronizar as estratégias a serem implementadas nas instituições, dentre esses, está o Protocolo de Identificação do Paciente. A identificação correta do paciente é o processo que garante a este que o cuidado ou tratamento que ele receberá era realmente destinado a ele, prevenindo incidentes que poderiam prejudicá-lo. Pesquisa aponta que medidas como essa reduzem significativamente a ocorrência de erros durante a assistência em saúde. A confirmação da identificação do paciente deve ser realizada antes de qualquer cuidado dispensado, ou seja, antes de administrar medicamentos, na entrega da dieta, coleta de material para exames e realização de procedimentos invasivos ou não, entre outros[3]. Entretanto, a verificação da identidade do paciente não deve ser feita apenas no início de ação de cuidado, mas deve ter continuidade durante todo o tempo que o paciente estiver sendo assistido[4]. Dessa forma, haverá redução de incidentes/eventos adversos atingirem o paciente durante a assistência em saúde. Este relato de experiência tem por objetivo apresentar a experiência de elaboração e implantação de uma placa sinalizadora para identificação do paciente na cabeceira do leito, a partir das discussões realizadas nas reuniões da Rede Brasileira de Segurança do Paciente – Núcleo Santa Maria. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado durante a elaboração e implantação de uma placa sinalizadora para identificação do paciente, elaborada pelos membros da Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente/REBRAENSP - Núcleo Santa Maria. A iniciativa surgiu na Equipe de Segurança do Paciente do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e foi apresentada aos membros da REBRAENSP – Núcleo Santa Maria. A REBRAENSP tem como proposta de trabalho a uniformização de estratégias que visam a segurança do paciente nas instituições de saúde de Santa Maria. Nesse relato, será descrita a experiência de implantação da placa sinalizadora no HUSM, Hospital Unimed Santa Maria, Hospital São Francisco de Assis e Hospital Casa de Saúde. Para a identificação do paciente foram utilizados como identificadores: o nome completo do paciente, o número do registro e a data de nascimento. Nessa placa também podem ser registrados a avaliação de risco para úlcera por pressão (UP), quedas, flebite e alergias. Ressalta-se que o preenchimento da placa e as avaliações dos riscos são realizados pelo enfermeiro. **RESULTADOS:** A implantação da placa no HUSM, Hospital Unimed Santa Maria, Hospital São Francisco de Assis e Hospital Casa de Saúde foi realizada em uma unidade para teste piloto de cada hospital e, posteriormente, implementada nas demais. O preenchimento dos dados se dá no momento do acolhimento/internação do paciente, após, fixada na parede, ao lado da cabeceira do leito do paciente, em local que facilite a visualização/verificação da identificação do paciente antes da realização de qualquer

procedimento invasivo ou não (exames, administração de medicamentos, realização de cuidados e transferência para outros setores, entre outros). O preenchimento de dados de identificação do paciente, dentre eles, nome completo, data de nascimento e número do registro é realizado tanto pelo enfermeiro do turno quanto pela secretária do setor, dependendo da padronização de cada instituição. Os riscos como UP, quedas e flebite, pontuados na placa sinalizadora serão preenchidos exclusivamente pelo enfermeiro do turno, pelo fato deste estar capacitado e utilizar-se de instrumentos específicos para as avaliações. Em relação às avaliações de riscos para UP, quedas e flebites, cada um é avaliado de acordo com os instrumentos disponíveis e validados na literatura (Escala de Braden, *Morse Fall Scale*, por exemplo). A implementação de estratégias que visem à segurança do paciente, neste caso a identificação do paciente, vem ao encontro de uma mudança de cultura não só para os profissionais de enfermagem, mas também para as demais categorias. Destaca-se, também que nesses hospitais transitam acadêmicos de diversos cursos de graduação e de nível técnico, o que contribuirá para que ainda na academia eles tenham o contato com medidas para uma assistência segura, o que repercutirá numa cultura de segurança do paciente. Este processo é gradual e permanente, devendo sempre ser enfatizada a importância do cuidado seguro. É recomendando que os serviços de saúde desenvolvam, programem e revisem os processos a fim de facilitar a adequada identificação de pacientes na passagem de plantão entre as equipes de saúde, no momento da transferência e na alta deste[4]. Em instituições de grande porte a sensibilização e aplicabilidade enfrentam dificuldades devido às demandas e maior número de profissionais, já em instituições de pequeno porte a realização do controle e monitoramento é facilitado pelo perfil próprio destas. Destaca-se que as equipes devem ser capacitadas quanto a todas estratégias implementadas. Isso é fator decisivo para que dê certo e os objetivos sejam alcançados. Entretanto há, na estruturação do processo, o envolvimento não só da equipe multiprofissional, mas também do paciente, o qual participa e observa o benefício da utilização de placas sinalizadoras que o identifica e reforça sua segurança. Mudanças são necessárias e a enfermagem como precursora neste movimento deve consolidar isso. Entretanto, pode-se dizer que não somente os profissionais de enfermagem, mas toda a equipe multiprofissional que desenvolve ações com o paciente, consegue usufruir dos benefícios da placa sinalizadora. **CONSIDERAÇÕES:** A implantação da placa sinalizadora mostra-se uma importante estratégia que contribui a oferta de um cuidado seguro, minimizando as possibilidades de ocorrência de eventos adversos. Quanto mais rápida for usada esta prática, mais efetiva será a aplicabilidade no cuidado com a segurança do paciente. Importante salientar que a placa sinalizadora é pouco comentada no Protocolo de Identificação do Paciente, o qual relata em sua totalidade a importância no uso da pulseira de identificação. Porém, por ser um método de baixo custo, estimula às instituições de saúde a darem início a uma cultura de segurança, incentivando também profissionais, familiares e pacientes. Sendo assim, cada vez mais podemos nos fortalecer junto a esta caminhada na identificação do paciente e conseguiremos oferecer mais

qualidade na assistência prestada, reduzindo incidentes e/ou eventos adversos que por ventura possam a vir ocorrer.

**Área Temática:** Segurança do Paciente.

**Descritores**: Enfermagem; Segurança do Paciente; Sistemas de Identificação de Pacientes.

**Descriptors:** Nursing, Patient safety, Systems for Identifying Patients.

**Descriptores:** Enfermería, La seguridad del paciente, Sistemas para la Identificación de Paciente.

**REFERÊNCIAS**

1 WHO, World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge: 2005-2006. WHO, 2005.

2 Brasil.Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Diário Oficial da União. Brasília, 2013.

3 World Health Organization, The Joint Comission, Joint Commission International. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Aide Memoire. Patient Safety Solutions, vol1, solution 2, may 2007.

4 Ministério da Saúde. Protocolo de identificação do paciente. Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz. 2013.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O TRABALHO DE ENFERMAGEM E A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

# THE NURSING WORK AND CULTURE OF PATIENT SAFETY

# EL TRABAJO DE ENFERMERÍA Y LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

BARATTO, Mari Angela Meneghetti1
MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza2
SPERONI, Katiane Sefrin3

1 Enfermeira. Especialista em Administração dos Serviços de Enfermagem. Mestranda do PPGEnf da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Trabalho e gestão em enfermagem e saúde. mariangelabaratto@yahoo.com.br
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Docente do Departamento e do PPGEnf/UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa: Trabalho e gestão em enfermagem e saúde. Orientadora do trabalho. tmagnago@terra.com.br
3 Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho – FACINTER. Pós-graduanda em Gestão de Organizações Públicas em Saúde – UFSM. Pós-graduanda em TICs Aplicada à Educação - UFSM. katiane.speroni@gmail.com

**Introdução:** Desde os primórdios da medicina a segurança do paciente tem sido alvo de preocupação, sendo objeto de estudo estadunidense, desde a década de 1990, com maiores ênfases depois de divulgado estatísticas relevantes sobre o erro médico e lesões provocadas nos pacientes após internação hospitalar. No ano de 1999, o relatório publicado pelo *Institute of Medicine* (IOM), chamado de "*To err is human*" foi o inicio de discussões no mundo todo acerca dos erros da equipe de saúde e os possíveis danos que poderiam causar ao paciente. O estudo supracitado despertou o interesse de muitos profissionais da saúde e pesquisadores para o desenvolvimento de medidas para assegurar ao paciente uma assistência de qualidade e sem riscos de danos no ambiente hospitalar, permitindo a compreensão de muitos profissionais de que a assistência à saúde é vulnerável, com forte tendência a ocorrência de erros e de custos elevados. Desde modo, após este estudo, muitas pesquisas ainda foram divulgadas e apontam dados relevantes e números significativos de pacientes vítimas de erros médicos. A cada ano, o erro médico faz mais vítimas do que em comparação com sujeitos que sofreram acidentes de trânsito, acometidos por câncer de mama ou AIDS associados[1]. A mudança de atitudes deve partir dos gestores e suas

lideranças, tendo como meta a prevenção de erros e a assistência mais segura como um propósito. A cultura punitiva frente ao erro deve ser abolida, sendo imprescindível o envolvimento dos profissionais, pacientes e familiares nessa mudança. A primeira medida a ser tomada para prevenir o erro é reconhecê-lo e compreender cada tipo de erro, suas causas e consequências. Esse processo, ao ser implantado, não deve ser visto como persecutório, em busca de um culpado pelo fato ocorrido mas, como uma maneira de, ao ter sido registrado, permitir uma análise crítica e a tomada de decisões, visando eliminá-los, evitá-los ou minimizá-los[2]. Ações como análise sistêmica das causas, registro e discussão em equipe sobre o erro são alternativas válidas de melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada nas instituições e indispensável à criação e consolidação de uma cultura de segurança. A instituição deve conhecer seus valores e também, suas estratégias e seus objetivos, o que gera consenso ou dissenso, em suma, o sentido da existência organizacional em seus diferentes contextos[3]. A cultura organizacional define o comportamento dos profissionais na instituição e suas atitudes e valores nas práticas diárias. Neste contexto, as ações para redução de erros e danos ao paciente devem ser promovidas pela instituição para favorecer o processo de identificação com a mesma, resultando em um clima de trabalho motivante. Os instrumentos de pesquisa, tais como o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), auxiliam na avaliação e implantação de medidas nas organizações, bem como, permitem a reflexão sobre a satisfação no trabalho, trabalho em equipe, valorização dos profissionais e condições de trabalho nas instituições, auxiliando no direcionamento de estratégias de melhorias no(s) campo(s) detectado(s) como frágeis pelo instrumento. No Brasil a validação e adaptação transcultural do SAQ foi realizada por Carvalho em 2012, sendo a primeira versão válida e confiável do instrumento capaz de avaliar o clima de segurança em instituições de saúde[4]. Nesse contexto, faz-se necessário ampliar o conhecimento sobre a temática segurança do paciente e cultura de segurança, bem como analisar os estudos que foram produzidos no Brasil, na área da enfermagem, sobre esse tema. Este estudo teve como questão norteadora qual o enfoque dado pelos pesquisadores brasileiros nas produções sobre a segurança do paciente relacionado à cultura de segurança. Para responder a este questionamento, **objetivou-se** identificar as produções brasileiras de teses e dissertações sobre o trabalho da enfermagem e a segurança do paciente relacionado à cultura de segurança. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada em junho de 2013, que apresenta a análise de teses e dissertações abordando a temática segurança do paciente. Para a coleta de dados, buscaram-se os resumos de teses de doutorado e dissertações de mestrado sobre a temática em tela, sem estabelecimento de um período de tempo e publicadas no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Os critérios de exclusão foram: publicações que não tivessem relação com o objetivo do estudo e resumos incompletos. Inicialmente, foram utilizados os descritores “enfermagem” e "segurança do paciente", localizando-se 212 produções. Ao ser acrescentada a palavra “cultura” à estratégia de busca, restaram 16 produções. Devido aos critérios acima mencionados foram

desconsideradas para análise e discussão duas produções, uma por não estar adequada ao tema e outra por não possuir resumo completo. Para análise dos dados, utilizou-se um formulário contendo as seguintes categorias: autor, ano de defesa, período e local da pesquisa, objeto de estudo, objetivos, método ou tipo de estudo, sujeitos, estratégia de coleta, tratamento dos dados, principais resultados e conclusões. Após a seleção dos resumos, realizou-se a leitura crítica dos mesmos, fazendo-se um mapeamento dessas produções. **Resultados:** Como resultados da busca, foram encontradas 10 dissertações de mestrado e quatro teses de doutorado, totalizando 14 produções. O ano 2003 marca o início das publicações brasileiras sobre a temática, sendo encontrada uma dissertação de mestrado. De igual forma, em 2010, foram localizadas duas dissertações e em 2011, localizaram-se duas dissertações e uma tese. No ano de 2012, observou-se um aumento significativo de produções, sendo cinco dissertações e três teses. Quanto à região brasileira em que os estudos foram realizados, observou-se predomínio da região sudeste e sul, sendo seis produzidas em São Paulo, uma no Rio de Janeiro, uma no Paraná, quatro em Santa Catarina, uma no Rio Grande do Sul e uma em Goiás. Quanto à abordagem de estudo, 12 foram quantitativa, uma qualitativa e uma multimétodos. Das pesquisas quantitativas, cinco foram do tipo descritiva, seis transversais e um coorte. Em relação ao cenário de estudo, predominou o hospitalar (13) e um estudo desenvolvido com uma Equipe de Saúde da Família. Todos os estudos foram desenvolvidos por enfermeiros, sendo que a equipe de enfermagem consistiu na população mais pesquisada (11). Um estudo teve a participação de um médico e outro da equipe de farmácia. Duas pesquisas envolveram prontuários e uma documental. Foram encontrados seis estudos sobre cultura de segurança onde três trabalharam com o SAQ. No que se refere aos objetos de estudo, a avaliação de eventos adversos, erros de medicação, sistemas de notificação, percepção e conhecimento da equipe de enfermagem quanto à segurança do paciente e cultura de segurança foram os mais mencionados. Os resultados apontaram para resultados convergentes. Quanto aos estudos sobre erros de medicação observou-se que o ambiente é o maior problema, com locais impróprios associados a ruídos. Somados a isso, observaram-se falhas individuais e de atenção. Em relação ao erro, as pesquisas foram unânimes em suas considerações. O sentimento de resposta punitiva frente ao erro surgiu em todas as pesquisas que abordaram esta temática. Observou-se o sentimento de impotência diante da cultura organizacional vigente, onde a forma de abordagem do erro foge do preconizado. Quanto às notificações, quando institucionalizadas, são poucas e em raras vezes nunca relatadas, independente da sua gravidade. Os pesquisados revelam não haver dificuldade em relação à colaboração no trabalho entre si e a grande maioria relata satisfação com o mesmo. Nos quesitos condições de trabalho, valorização da gerência, falta de pessoal, equipamentos e materiais, somados ao déficit de conhecimento e treinamento dos profissionais, observou-se que foram relatados a fragilidade da cultura de segurança no ambiente, o que repercute em um ambiente de ações punitivas e pouco corretivas ou com poucas ações para evitar o erro, sugerindo assim, maiores reflexões sobre os problemas existentes e o quanto os mesmos

interferem na segurança do paciente, do profissional e do ambiente onde será prestado a assistência. **Conclusão:** No Brasil, as publicações com ênfase na segurança do paciente tiveram início em 2003. Houve um período sem produções até 2010 e evidente aumento no ano 2012. Considera-se que os estudos apresentados neste trabalho trouxeram conhecimentos importantes sobre notificação de erros, erros de medicação, clima organizacional e cultura de segurança além dos fatores que interferem nessa cultura, principalmente sob a ótica dos profissionais de enfermagem. Nota-se, no entanto, que o enfoque foi dado aos profissionais de enfermagem sobre essa temática e a assistência da equipe multiprofissional na atenção ao paciente não foi abordada. Ao analisar os estudos, verificou-se a existência de uma lacuna no que tange a percepção sobre cultura de segurança, em relação aos profissionais que atuam frente ao paciente, seja na assistência direta ou não. Entende-se que é um importante fator a ser estudado, tendo em vista a fragilidade da cultura de segurança no ambiente hospitalar e da necessidade de valorização do trabalho em equipe. Assim, a inclusão da equipe multiprofissional na análise dessa temática irá não só ampliar a compreensão dos fatores que influenciam na cultura de segurança no ambiente hospitalar, mas também auxiliar na implantação e implementação de medidas de prevenção e de promoção à saúde tanto dos pacientes quanto dos trabalhadores. Como dificuldades na execução deste trabalho, aponta-se a apresentação dos resumos de forma incompleta e o delineamento das produções mal definidas ou não especificadas.

**ÁREA TEMÁTICA:** Segurança do Paciente

**DESCRITORES:** Enfermagem; Segurança do Paciente; Cultura;

**KEYWORDS:** Nursing; Patient Safety; Culture;

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería; la Seguridad del Paciente; Cultura;

**REFERÊNCIAS**

1.KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system.** Washington, DC: National Academy of the Institute of Medicine, 1999.

2.HARADA, Maria de Jesus C.S.; PEREIRA, Malvide da L.G.; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini; PEREIRA, Sonia Regina. **O Erro humano e a segurança do paciente**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

3.BARBOSA, L. **Igualdade e Meritocracia: a Ética e o Desempenho nas Sociedades Modernas**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999.

4.CARVALHO, R.E.F.L.; CASSIANI S.H.B. Questionário atitudes de segurança: Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. Maio-jun. 2012 [acesso em: 15 jul. 2013]; 20(3):[8 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.ex/iah/>.

# A IMPORTÂNCIA DA FASE DE COLETA DE DADOS NA PESQUISA DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

# THE IMPORTANCE OF PHASE DATA COLLECTION IN SEARCH OF NURSING: EXPERIENCE REPORT

# LA IMPORTANCIA DE LA FASE DE RECOGIDA DE DATOS EN BUSCA DE ENFERMERÍA: RELATO DE EXPERIENCIA

PASA, Thiana Sebben1
MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza2
CHAGAS, Bruna Pereira3
CAROLLO, Jéssica Baldissera4
MORAIS, Bruna Xavier5
PEDRO, Cecília Mariane Pinheiro6

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem (TSEE). Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Docente do Departamento e do PPGEnf/UFSM. Líder e pesquisadora do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
3 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista Iniciação Científica FIPE JR/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
4 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista Iniciação Científica PROBIC/FAPERGS. Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
5 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista Iniciação Científica PROIC/HUSM. Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.
6 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista Iniciação Científica PIBIC/UFSM/CNPq. Membro do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.

**INTRODUÇÃO:** A constatação de que as profissões somente solidificam um corpo de conhecimentos por meio da produção de pesquisa, tem estimulado uma disseminação desta prática entre os diferentes atores que as compõem1. Além disso, o contato do estudante com a pesquisa, além de incorporar novos conhecimentos à profissão também qualifica o

processo educativo, embora, para que atinja estes objetivos, deva buscar uma condição de consciência crítica e ser componente de uma proposta emancipatória[1]. À medida que a enfermagem brasileira começou a problematizar o seu cotidiano, por meio da abordagem científica, foi sendo construída uma produção mais significativa e específica à profissão. Desta forma, o ensino de graduação passou a contemplar a pesquisa na formação, a fim de que o futuro profissional adquirisse motivação e capacitação para este exercício[2]. O objetivo deste estudo é relatar a experiência dos acadêmicos de graduação e pós-graduação durante a coleta de dados em pesquisa e a importância da inserção destes nessa etapa de pesquisa, salientando a qualificação do processo de ensino e pesquisa. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência realizado em um hospital universitário do Rio Grande do Sul. Este trabalho foi elaborado a partir da coleta de dados de um estudo de coorte do projeto de dissertação de mestrado intitulado "Avaliação do risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados", aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/RS, sob CAAE n. 12173213.1.0000.5346. A dissertação está sendo desenvolvida no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf/UFSM), com fomento na forma de Bolsa de Iniciação Científica Fipe Jr/UFSM e PROBIC/FAPERGS. A coleta de dados foi realizada diariamente por cinco coletadores (mestranda e acadêmicas de graduação em enfermagem), no período de março a julho de 2013, exceto nos sábados e domingos. Os cenários de coleta foram as unidades de Clínica Cirúrgica, Clínica Médica I e II de um hospital universitário. Participaram da pesquisa todos os pacientes que internaram nessas unidades no período proposto e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Eles foram avaliados diariamente por até 30 dias. Cada coletador ficou responsável pela coleta em uma unidade pré-estabelecida. Em duas unidades participaram dois coletadores. A capacitação para a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora responsável e, após a capacitação, foi realizada uma coleta piloto, no intuito de verificar as possíveis dúvidas sobre o instrumento, o tempo de coleta, etc. As coletadoras receberam um Manual do Instrumento de pesquisa, que serviu para facilitar e esclarecer dúvidas, além de padronizar a coleta. Esse material foi utilizado durante a capacitação e posteriormente, durante a coleta. Antes de iniciar a coleta, a coordenadora da pesquisa e a pesquisadora mestranda entraram em contato com coordenação do Núcleo de Ensino e Pesquisa da instituição e com as chefias de enfermagem das unidades que participariam da coleta. O contato prévio teve como finalidade apresentar os objetivos da pesquisa, a metodologia utilizada e apresentar as coletadoras. Esse contato facilitou a circulação das pesquisadoras pela unidade. **RESULTADOS**: No período em que ocorreu a coleta de dados foram acompanhados, 843 pacientes. A coleta de dados é uma etapa fundamental da pesquisa, pois caso ocorra alguma falha nesta etapa, toda a pesquisa poderá ficar comprometida. Nesse sentido, é importante que sejam tomados alguns cuidados para que ocorram o menor número de viéses possíveis. Dentre esses, a capacitação dos coletadores é essencial não apenas na etapa da coleta, como também para as etapas subseqüentes[3]. A capacitação foi

realizada mediante a apresentação e leitura do instrumento. Para a coleta piloto, todos os coletadores preenchiam, de forma independente, os dados do instrumento de pesquisa referente ao mesmo paciente, a fim de padronizar a coleta. Nessa etapa, ao final do preenchimento de cada instrumento era feita a leitura das questões e suas respectivas respostas, comparando-as entre todas as coletadoras. A coleta piloto foi acompanhada pela supervisora de pesquisa que apontou as questões a serem reforçadas e retomadas. Essa etapa de coleta piloto, além de propiciar a capacitação, também serviu para esclarecer as dúvidas que poderiam surgir durante a aplicação do instrumento, padronizar a coleta e evitar vieses. A realização de um teste piloto é importante nas pesquisas de campo, principalmente quando o instrumento de coleta é extenso[3]. Outro cuidado tomado para manter a qualidade na coleta foi a pesquisadora mestranda coletar os dados no mesmo turno que as acadêmicas. Com isso, era possibilitado o esclarecimento das dúvidas que fossem surgindo durante o preenchimento do instrumento. Ainda, eram realizados encontros semanais, para discutir sobre o andamento da coleta e discutir as dificuldades encontradas durante esse processo. O maior desafio da coleta foi o tempo que essa exigia dos coletadores, uma vez que a avaliação diária de cada paciente e o registro de dados do prontuário demandava dispêndio de tempo considerável. O preenchimento do instrumento durava em torno de 20 minutos cada e uma média de 80 pacientes eram avaliados por dia. Nessa logística, cada coletador avaliava 16 pacientes/dia, permanecendo até cinco horas na unidade. Com isso, os coletadores tinham que se organizar, pois concomitante com a coleta tinham outras atividades, como aulas e atividades do grupo de pesquisa. O instrumento de pesquisa era composto por questões relativas a caracterização do paciente, utilização de cateteres e sondas, presença de acompanhantes, verificação da força muscular, avaliação do risco de quedas, uso de medicamentos, e caracterização da queda quando houvesse. Dentre as dificuldades encontradas durante o processo de coleta, podemos citar: encontrar os prontuários do paciente na unidade para registrar as informações referentes ao uso de medicação, ao diagnóstico médico e outros registros clínicos; realizar avaliação da força muscular e da marcha do paciente, uma vez que para isso era necessário retirar o paciente do leito para observá-lo deambulando. Outro dificultador foi a rotina das unidades devido aos horários de procedimentos, visitas médicas, transferência para exames e horário de visitas. No entanto, foi muito gratificante observar que com o passar dos dias, nossa presença diária avaliando o risco de quedas dos pacientes, percebemos algumas mudanças relacionadas a prevenção de quedas, tanto por parte dos pacientes e acompanhantes, quanto dos profissionais. Percebemos um maior cuidado em manter as grades das camas elevadas, por exemplo, o que mostra uma mudança no clima de segurança do paciente. **CONCLUSÃO:** Na realidade atual da graduação em enfermagem os acadêmicos estão sendo inseridos cada vez mais cedo em atividades de pesquisa. Essa iniciação precoce com certeza repercutirá favoravelmente tanto na qualidade do processo ensino-aprendizagem, quanto na melhora dos conhecimentos acerca da profissão e também qualificação para uma assistência de enfermagem segura. Acreditamos que este relato tem especial importância,

ao considerar que, além de revelar a aproximação da pesquisa com a formação profissional, dá destaque à fase de coleta de dados, que muitas vezes constitui-se em uma tarefa cansativa, exigindo paciência, perseverança e esforço pessoal, além do cuidadoso registro dos dados e um bom preparo anterior.

**Área temática:** segurança do paciente.

**Descritores:** enfermagem; segurança do paciente; acidentes por quedas; coleta de dados.

**Keywords:** nursing, patient safety, accidental falls, the collection of data.

**Palabras clave:** enfermería, seguridad del paciente, caídas accidentales, la recopilación de datos.

**REFERÊNCIAS**

1 Demo P. Pesquisa: princípio científico e educativo. 9a ed. São Paulo (SP): Cortez; 2002.

2 Ramos FRS, Paião MRR, Stefani A, Pereira EP. A pesquisa como experiência educativa: produções e percepções no ensino de graduação. Texto Contexto Enferm. 1999 Jan-Abr; 8 (1): 222-42.

3 Kirchhof ALC, et al. Coleta de dados: uma experiência para o ensino e a pesquisa. Cogitare Enferm; 2009. 14(3): 575-8.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# SEGURANÇA DO PACIENTE: IDENTIFICANDO OS RISCOS DE QUEDA PARA OS PACIENTES NO SETOR DE NEUROLOGIA

# PATIENT SAFETY: IDENTIFYING RISKS FALL FOR PATIENTS IN THE SECTOR OF NEUROLOGY

# LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS CAÍDA DE PACIENTES EN EL SECTOR DE NEUROLOGÍA

TOLDO, Jéssica1
KAUFMANN, Gracieli2
SILVA, Olvani Martins da3

1Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. Contato: jessica_toldo@hotmail.com
2Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. 3Enfermeira, Docente do departamento de enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

**INTRODUÇÃO:** Os problemas com o ambiente são tão mais perigosos quanto maior a vulnerabilidade do paciente neurológico e sua instabilidade, pois os mesmos podem apresentar déficits motores, sensitivos e de equilíbrio, aumentando o risco de queda, como é o caso de pacientes com AVE que podem apresentar hemiplegia ou paresia dos membros inferiores, além de disfunção visual, fatores estes que dificultam uma deambulação segura, resultando em quedas (Araujo, 2012). As quedas em ambiente hospitalar aponta atualmente um índice de dois em cada cinco eventos relacionados à segurança do paciente. As lesões decorrentes de quedas correspondem 15% a 50% dos eventos. Porém, esses eventos não acontecem apenas em ambiente hospitalar, mas também no próprio domicílio, onde se pode identificar um índice elevado de quedas, principalmente nos cômodos mais utilizados como quarto e banheiro pelos pacientes após AVE, predispondo-os a outros eventos de quedas (Correa, 2012). Especificamente no caso do evento queda de paciente, a adoção do protocolo de prevenção de queda dos pacientes internados pela instituição pode diminuir os números absolutos de ocorrência deste evento adverso ao cuidado, aumentando o grau de segurança do seu atendimento enquanto hospitalizado (Brito, 2011). Assim, verifica-se que o gerenciamento adequado, bem como a implantação de medidas de prevenção, como protocolos possibilitam uma segurança maior ao paciente, qualidade na assistência da equipe de enfermagem, menores danos ao paciente e menor tempo de permanência hospitalar. Para isso, são necessárias mais pesquisas para adaptação de instrumentos específicos à indivíduos após AVE, em que objetivamo-nos a desenvolver através deste

estudo. **OBJETIVOS:** Planejar a assistência voltada a segurança do paciente com AVE identificando os riscos de queda no setor de neurologia; identificar os riscos de queda para os pacientes com AVE no setor de neurologia; aplicar a Escala de Morse em paciente com diagnóstico de AVE e desenvolver um protocolo para risco de queda em paciente com AVE internado no setor de neurologia. **METODOLOGIA:** Este estudo trata-se de uma pesquisa-ação de abordagem qualitativa. O trabalho desenvolvido é pré-requisito para a disciplina de Estágio Curricular Supervisionado I, do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, que teve por cenário e público de estudo os pacientes internados na unidade neurológica no período de estágio. O estudo foi realizado na unidade neurológica do Hospital Regional no Oeste (HRO), localizado no município de Chapecó, no oeste catarinense. Para a realização deste estudo foi necessário a realização de um projeto assistencial, desenvolvido para a segurança dos pacientes, internados no setor de neurologia, com o diagnóstico de AVE, dando enfoque ao risco eminente para queda. A coleta de dados foi efetuada durante o período de 11 a 15 de março de 2013 no tuno vespertino das 13h00min as 19h00min. A prática assistencial foi aplicada a um paciente com diagnóstico de AVE, que estava hospitalizado no período designado para a realização da pesquisa, sendo efetuado o acompanhamento de enfermagem ao mesmo no período. Em um primeiro momento foi apresentado o projeto assistencial ao enfermeiro responsável pela unidade, o qual aprovou e autorizou a pesquisa. Após a estrutura física da unidade ser conhecida, foram detalhadas algumas questões, e registradas com imagens, sob autorização da unidade. Tais dados coletados foram de suma importância para a pesquisa que tem como objetivo geral: Planejar a assistência voltada a segurança do paciente com AVE identificando os riscos de queda no setor de neurologia. O risco de quedas foi identificado pelas acadêmicas nos pacientes hospitalizados durante o período do estudo neste setor, mais especificamente ao paciente que compôs o estudo, pois possuía pelo menos um fator de risco para o evento e devido ser identificado na estrutura física padrões propícios para a ocorrência de quedas. **RESULTADOS:** A proposta da assistência foi desenvolvida para um paciente internado no setor da neurologia do HRO na cidade de Chapecó, SC, com diagnóstico médico de AVE, do sexo feminino, 73 anos de idade, usuário do SUS, vindo de uma cidade da região próxima a do local de internação. Evidenciou-se através da aplicação da Escala de Morse na paciente selecionada, que a mesma apresentava alto risco de quedas, porém não havia nenhuma medida de prevenção implantada pelo setor. Pode-se observar durante o período de estágio das acadêmicas, que a estrutura física em alguns aspectos apresentam uma grande vulnerabilidade à eventos como quedas, principalmente neste setor da neurologia onde muitos pacientes apresentam déficit neurológico devido as consequências das patologias como o AVE e os quais encontram-se sob efeito de muitas medicações que causam alterações mentais. Sabe-se que pacientes que tiveram AVE, apresentam por si só, alterações mentais como tentativa de suisídio. Estes quanto internados em unidade hospitalar devem permanecer em quartos com janelas trancadas ou com grades de proteção, quando o setor não estiver localizado no andar térreo. Outro método seguro é

autorizar que um acompanhante esteja sempre presente junto ao paciente (Bertolote; Botega; Mello-Santos, 2010). Já com relação aos equipamentos de apoio nos banheiros, observou-se sua insuficiência no setor da neurologia, o que pode resultar em quedas conforme o estado de saúde do paciente que se encontra internado. Identificou-se que em todo o setor da neurologia não há grades de proteção nas janelas, resultando em um grande risco de quedas, bem como a segurança do paciente internado nesta unidade. Com relação ao piso do banheiro, identificou-se que o mesmo não é antiderrapante e não apresenta nenhum tapete antiderrapante como meio de evitar escorregões. Com relação à mesa de refeições para o leito demonstrada, esta encontrava-se no setor ao pé da cama, o que dificulta o alcance da mesma pelo paciente quando na ausência de acompanhante. Não apresenta dispositivo de regulagem de altura da mesa a cada paciente e não possuindo principalmente rodízios para o deslocamento e ajuste pelo próprio paciente quando possibilitado de realizar seu autocuidado ao retomar suas atividades cotidianas. Identificou-se que os dispositivos estão localizados de forma inadequada, dificultando o acesso do paciente do setor da neurologia, gerando dificuldade em acioná-lo pela distância em que se encontra do leito quando solicitado. Também se observou que as escadas dos leitos encontram-se numa distância muito longe da cama dificultando a descida do paciente do leito. **CONCLUSÕES:** Evidenciou-se que o setor não se encontra adequadamente dentro das normas preconizadas pela RDC 50 em sua maioria e que a sensibilização da enfermagem deve acontecer para medidas de prevenção possam ser adotadas, contribuindo assim na melhor segurança do paciente hospitalizado nesta unidade hospitalar, bem como numa reabilitação voltada ao autocuidado como mencionado por Orem em sua teoria.

**ÁREA TEMÁTICA:** Segurança do Paciente

**DESCRITORES:** Diagnóstico de enfermagem; Fatores de risco; Acidentes por quedas; Acidente cerebral encefálico.

**REFERÊNCIAS**

Araujo Thelma Leite de et al. Identificação do diagnóstico de enfermagem "risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral". Revista Gaúcha de Enfermagem. 2012 Jun; (33)2: 117-124. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200017&lng=pt&nrm=isso.

Correa Arlete Duarte et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2012 Fev; (46)1: 67-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100009&script=sci_arttext.

Bertolote José Manoel, Botega Neury José, Mello-Santos Carolina de. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2010 Out; (32) supl.2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462010000600005&script=sci_arttext.

Brito Maurício Aparecido de. Implantação de um protocolo para prevenção de queda em unidades de internação médicas e cirúrgicas em um hospital escola. Curitiba: 2011. Especialização em Gestão Pública em Saúde (Universidade Federal do Paraná). Disponível em: http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/28637/MAURICIO%20APARECIDO%20DE%20BRITO.pdf?sequence=1.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE QUESTIONÁRIO SOBRE A TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

# CONTENT VALIDATION OF QUESTIONNAIRE ABOUT THE SIMPLE HANDWASHING TECHNIQUE

# VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO DE LA TÉCNICA DE HIGIENE SIMPLE DE LAS MANOS

MELO, Gabriela de Sousa Martins1
FREITAS, Camylla Cavalcante Soares de2
COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes3
OLIVEIRA, Isabelle Christine Marinho de4
SALVETTI, Marina de Góes5
TORRES, Gilson de Vasconcelos6

1 Enfermeira, doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFRN, bolsista CAPES. E-mail: gabrielasmm@hotmail.com
2 Discente em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de iniciação científica/CNPq. E-mail: camyllafreitas_@hotmail.com
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Professora adjunta Do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: isabellekfc@yahoo.com.br
4 Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa Incubadora Procedimentos de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: isabelle_1807@hotmail.com
5 Enfermeira, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP, Pós-doutoranda do Departamento de Enfermagem/UFRN. Bolsista CAPES. E-mail: mgsalvetti@hotmail.com
6 Enfermeiro, Pós-Doutor em Enfermagem, Professor Titular Departamento de Enfermagem/UFRN, Pesquisador do CNPq (PQ2). E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com

**Introdução:** Não obstante a importância da higienização das mãos para a prevenção e controle de infecção, autores têm evidenciado a falta de compromisso e de responsabilidade dos profissionais e estudantes com essa ação, demonstrando a necessidade de rever estratégias que reflitam na transformação do comportamento.[1-2] A formação profissional pautada na prevenção talvez seja um dos grandes desafios enfrentados pelo ensino na área da saúde. Com relação à higienização das mãos, preocupa não apenas com a adesão, mas a forma correta de execução e aplicação, demonstrando a necessidade de que a técnica seja enfatizada durante toda a graduação e vida profissional.[2] Desta forma, torna-se fundamental

o desenvolvimento de instrumentos de avaliação embasados em teorias científicas existentes. Contudo, caso não seja empregada uma metodologia adequada a validade das conclusões da pesquisa é facilmente colocada à prova.[3] O reconhecimento da qualidade dos instrumentos é aspecto fundamental para a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa, o que reforça a importância do processo de validação.[3-4] No processo de validação de um instrumento existem diversas etapas. A validade de conteúdo é a determinação da representatividade e extensão com que cada item comprova o fenômeno e a dimensão de cada item dentro daquilo que se propõe a investigar. Configura-se como um fator crucial para a elaboração de novos dispositivos de medição empírica porque representa um mecanismo de início para ligar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis.[5] **Objetivo:** Realizar a validação de conteúdo de um questionário sobre o conhecimento em relação à técnica de higienização simples das mãos. **Métodos**: Estudo metodológico com abordagem quantitativa, realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN (*campi* central, Santa Cruz e Escola de Enfermagem de Natal), Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN (*campi* Mossoró e Caicó) e em uma Universidade Particular do Rio Grande do Norte (RN), sendo desenvolvido em duas etapas: primeira etapa referente ao levantamento da literatura para subsidiar a construção do questionário sobre o conhecimento e a segunda com a identificação e seleção dos juízes, com posterior submissão do questionário para avaliação dos juízes. A amostra, selecionada por intencionalidade, teve como base os seguintes critérios de inclusão: docentes da disciplina de semiologia e/ou semiotécnica, com no mínimo 1 ano de experiência nas disciplinas, sendo da UFRN, UERN e universidade privada do RN. Para tanto foi realizado um contato inicial com as coordenações dos cursos de graduação e nível técnico em enfermagem, sendo solicitados os contatos de todo corpo docente da disciplina semiologia e/ou semiotécnica. Dos 34 docentes convidados, 28 se disponibilizaram a participar. Com isso, os instrumentos, o roteiro do processo de avaliação e o termo de consentimento livre e esclarecido foram entregues pessoalmente a cada um. Ressalta-se que após o recebimento, as repostas foram analisadas e uma avaliação foi excluída, totalizando a amostra de 27 juízes. A avaliação do questionário ocorreu a partir da classificação de cada item em adequado, adequado com alterações e inadequado. Nesses últimos dois casos deveriam ser explicitados sugestões a fim de que os itens pudessem melhorados. Após a avaliação do questionário foi realizada a validação de conteúdo com aplicação do Índice Kappa (K) para verificação do nível de concordância e nível de consistência dos juízes em relação à permanência, sendo estabelecido uma concordância superior a 0,61 (nível bom) e do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), considerou-se índice mínimo de IVC de 0,75 tanto para avaliação de cada item como para avaliação geral do questionário. O projeto de pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa/HUOL, CAAE de número 0002.0.294.000-10. Os dados coletados foram organizados em planilha de dados eletrônica e exportados para um *software* estatístico. Após serem codificados e tabulados, os dados foram analisados por meio de estatística

descritiva. Posteriormente a análise, os instrumentos foram reformulados de acordo com as sugestões dos juízes. **Resultados:** Na avaliação questionário, composto por 12 questões objetivas com cinco alternativas cada, todas as 12 questões obtiveram índices de Kappa e IVC dentro dos parâmetros estabelecidos, não sendo necessária a eliminação de nenhum item. As questões que interrogavam sobre as áreas das mãos que devem ser lavadas conforme a técnica adequada de higienização simples das mãos (Q9), desenvolvimento correto do enxágue das mãos (Q11) e sequência mais correta da técnica de lavagem das mãos (Q12) atingiram nível perfeito de concordância, sem alterações, com K e IVC = 1,00. As demais questões foram consideradas adequadas, com pequenas sugestões para melhoria das mesmas. As questões Q6 (duração total do procedimento de lavagem das mãos) e Q7 (afirmação incorreta sobre a lavagem das mãos) alcançaram índice de Kappa considerado bom (0,61 a 0,80). No nível de concordância ótimo (Kappa= 0,81 a 0,99) estavam as questões Q4 (afirmações sobre a lavagem das mãos), Q5 (insumos necessários para a adequada lavagem das mãos), Q8 (primeira ação realizada antes de iniciar a lavagem das mãos) e Q10 (passo que não faz parte da técnica de lavagem das mãos). Observa-se que as questões Q1 (alternativa correspondente ao termo higienização das mãos), Q2 (situação na qual a lavagem das mãos com água e sabão neutro é indicada) e Q3 (quando a lavagem das mãos com água e sabão neutro não deve ser realizada) obtiveram concordâncias próximas do mínimo adotado. No parecer dos juízes, com relação à questão Q1 sugeriu-se alterar a alternativa "a", colocando o termo "água" antes de "sabão"; e indicar a fonte utilizada para caracterização do termo "higienização das mãos". Quanto à questão Q2, o problema estava relacionado à similaridade com a Q3, adequação do vocabulário e inclusão de outras indicações para a lavagem das mãos com água e sabão na alternativa "c". Na questão Q3 as sugestões estavam voltadas para adequação do vocabulário e a similaridade com a questão Q2. No parecer final sobre o questionário foi sugerido evitar o uso repetitivo de questões solicitando a alternativa incorreta ou negativa. Na avaliação geral, o questionário obteve IVC de 0,91 e Kappa de 0,82, demonstrando uma confiabilidade dos instrumentos. **Conclusão:** Assim, o questionário pode ser considerado válido quanto ao conteúdo na avaliação do conhecimento sobre a higienização simples das mãos. Entende-se que o questionário poderá facilitar a avaliação do conhecimento de profissionais e graduandos da área da saúde acerca da higienização simples das mãos, por meio de instrumento objetivo e claro. A implementação de estratégias que propiciem a conscientização quanto à necessidade da higienização das mãos e aplicação correta da técnica devem ser continuamente realizadas, buscando uma assistência segura e de qualidade.

**Área temática:** segurança do paciente.

**Descritores:** Desinfecção das mãos; Estudo de validação; Questionários.

**Descriptors**: Hand disinfection; Validation studies; Questionnaires.

**Descriptores:** Desinfección de las manos; Estudios de validación; Cuestionarios.

**REFERÊNCIAS**

1. Primo MGB, Ribeiro LCM, Figueiredo LFS, Sirico SCA, Souza MA. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. Rev. eletrônica enferm. [Internet]. 2010 [cited 2013 July 20]; 12(2):266-71 Available from: http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7656

2. Tipple AFV, Sá AS, Mendonça KM, Sousa ACS, Santos SLV. Técnica de higienização simples das mãos**:** a prática entre acadêmicos da enfermagem**.** Cienc. enferm. [Internet]. 2010 [cited 2013 Jul 19]; 16(1):49-58. Available from: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_06.pdf

3. Bittencourt HR, Creutzberg M, Rodrigues ACM, Casartelli AO, Freitas ALS. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. Est. aval. educ. [Internet]. 2011. [cited 2013 Jul 20]; 22(48): 91-114. Available from: http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1630/1630.pdf

4. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res. nurs. health. [Internet]. 2006 [cited 2013 Jul 21]; 29(5):489-97. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.20147/pdf

5. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. Soc Work Res. [Internet]. 2003 [cited 2013 Jul 21]; 27(2):94-111. Available from: http://swr.oxfordjournals.org/content/27/2/94.full.pdf+html.

# ANÁLISE DO USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM LAVANDERIA HOSPITALAR

# ANALYSIS OF THE USE OF PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT IN HOSPITAL LAUNDRY

# ANÁLISIS DEL USO DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN LAVANDERÍA DEL HOSPITAL

MULLER, Vanderléia1
TRINDADE, Letícia de Lima2

1 Enfermeira do Centro Cirúrgico do Hospital da Criança Augusta Muller Bohner. Mestranda do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). vanderleiamuller@gmail.com
2 Professora doutora da Universidade do Estado de Santa Catarina e do Mestrado em Ciências da Saúde da UNOCHAPECÓ.

**Introdução:** A assistência hospitalar demanda uma diversidade de serviços, que visam à qualidade da assistência e a segurança dos usuários e trabalhadores. Dentre os setores de apoio pouco observados quanto aos riscos ocupacionais e interface com a segurança do paciente, destacam-se as lavanderias hospitalares, as quais são responsáveis pelo processamento das roupas sujas e contaminadas utilizadas na instituição. A lavanderia hospitalar tem como objetivo transformar toda a roupa suja ou contaminada utilizada no hospital em roupa limpa, por meio de coleta, separação, processamento, confecção, reparo, reforma, fornecimento e distribuição, em condições de uso. O processamento das roupas deve ser realizado de forma com que as mesmas não representem um veículo de contaminação aos usuários e aos trabalhadores. Um bom sistema de processamento da roupa é fator de redução das infecções hospitalares e impactos ambientais. Em consequência disso, entre outras recomendações, é importante que haja barreira microbiológica, que separe a lavanderia em duas áreas distintas: a sala suja, para recebimento, pesagem, classificação da roupa suja, e a limpa, com áreas para centrifugação, secagem, separação, dobragem, armazenamento e distribuição, calandragem, prensagem, passadores e costura. Essa barreira só será realmente eficiente se existirem lavadoras com duas portas de acesso, uma para cada área. Deve estar localizada preferencialmente num único pavimento e térreo, próxima às centrais de suprimento, em virtude da economia, e com acesso e circulação limitados aos trabalhadores desse setor. As atividades nesse setor

geralmente são de responsabilidade de trabalhadores sem formação específica na área da saúde e, por vezes pouco conscientes dos riscos presentes no manejo destes artigos e importância da qualidade do processo de trabalho para redução das infecções. Nesse contexto, os equipamentos de proteção individual (EPI) emergem como primordiais para a segurança dos trabalhadores e no fomento da qualidade dos processos de higienização. As características do serviço consequentemente são insalubres as condições ambientais, uma vez que há risco biológico elevado e também por haver riscos físicos como altas temperaturas, ruído, vibração e também risco de acidentes com materiais perfurocortantes. Quando isso ocorre, acidentes de trabalho e de doenças profissionais tornam-se eminentes. O setor de processamento de roupas hospitalares ou lavanderia hospitalar é um dos ambientes que compõe um destes sistemas. A lavanderia presta serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, sendo responsável pelo processamento e distribuição das roupas hospitalares em perfeitas condições higiênicas, para cada unidade hospitalar [1-2]. **Objetivo:** O estudo buscou analisar o uso dos EPI em uma lavanderia hospitalar, bem como a importância do uso destes equipamentos entre os trabalhadores deste setor. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva descrever uma determinada realidade, buscará descrever as características de determinada população ou fenômeno, os estudos descritivos exploraram uma situação não conhecida, que se tem necessidade de maior compreensão, observando suas mudanças ou suas regularidades. A pesquisa foi realizada em uma lavanderia de um hospital de referência, público, localizado no Oeste de Santa Catarina. Para coleta de dados foi utilizada a observação do setor, análise documental para identificação dos acidentes de trabalho ao longo e dois anos e entrevistas com os trabalhadores. Para análise dos dados utilizou-se a estatística básica, os quais foram discutidos a partir da literatura[3-4]**.** **Resultados:** Quanto ao processo de trabalho na lavanderia, foi observado que o trabalho acontece de forma sincronizada, o local tem estrutura adequada que segue a NR-17 e ANVISA, em relação à estrutura física, a lavanderia está no pavimento térreo, próximo à área de produção de vapor, por razões de economia. Esta distante das unidades de internação de pacientes pelo ruído e poluição microbiana. O acesso e a circulação é restritos aos funcionários do setor. O número de funcionários é adequado à demanda de trabalho e os EPIs usados são fornecidos pela instituição, os quais seguem os padrões da NR-6. Os funcionários reconhecem que os EPI são muito importantes no trabalho, pois evitam acidentes e protegem contra doença, contaminações e trazem segurança, citaram o desconforto causado pelo uso dos protetores auricular, bem como questionam sua necessidade. Ao longo de dois anos foram registrados oito acidentes, sendo seis em mulheres e dois em homens, em todos os acidentes o trabalhador utilizava o EPI. Os trabalhadores associaram o acidente à falta de atenção na realização da atividade, sendo um dos acidentes de percurso. Contudo, os sujeitos mencionam a necessidade da realização de capacitações e treinamentos abordando os seguintes tópicos: uso, guarda e conservação dos EPI, riscos de acidentes com perfurocortantes e prevenção de acidentes de trabalho. Identificou-se ainda a fragilidade

dos sujeitos em associar os processos de higienização e suas exigências a segurança do paciente. A literatura[3-4] reforça a importância de seguir os instrumentos normativos nesses setores, que primam pelo controle das infecções; recuperação, conforto e segurança do paciente; facilidade, segurança e conforto da equipe de trabalho; racionalização de tempo e material; redução dos custos operacionais. Nesse sentido, a educação permanente dos trabalhadores e observação constante dos acidentes nesses serviços hospitalares devem fazer parte da rotina dos hospitais. (Esse manual engloba as rotinas e as técnicas, ou métodos administrativos empregados na realização deste trabalho. **Considerações Finais:** O contato direto com as secreções e fluidos corporais presentes nas roupas sujas e a aspiração do ar contaminado por aerossóis gerados pela agitação das peças constituem os principais mecanismos de transmissão de doenças infecciosas durante o processamento destas roupas. A contaminação dos funcionários e do ambiente tem maior probabilidade de ocorrer nas seguintes situações: no momento em que as peças são retiradas de seus locais de uso; durante o transporte, quando o ensacamento não for realizado corretamente; se houver cruzamento real de roupas sujas e limpas; e quando a utilização dos EPIs for negligenciada. Os resultados permitiram identificar que os trabalhadores do setor de lavanderia apresentam dificuldade em racionalizar a importância do uso do EPI no que se refere ao seu autocuidado e segurança do paciente. O uso desses equipamentos se restringe a exigência ou até mesmo punição do trabalhador, reforçada pela pouca compreensão da realidade em que atua, aspectos que podem ser amenizados com as estratégias de educação permanente e continuada. Para conseguir a adesão dos profissionais às normas estabelecidas, é indispensável um programa permanente de educação continuada, enfatizando os riscos de transmissão de doenças infecciosas e parasitárias, as diversas formas de contaminação e as medidas necessárias para a proteção individual e de equipe no ambiente hospitalar.

Á**rea temática:** Segurança do Paciente.

**Descritores:** Saúde do Trabalhador; Serviço Hospitalar de Lavanderia; Equipamentos de Proteção.

**REFERÊNCIAS**

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). **Resolução da Diretoria Colegiada nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [Internet]. Brasília; 2002 [citado 2010 ago 04]. Disponível em: URL: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf.

2. Arsego J, Poletto AR, Medeiros E, Gontijo LA. **Riscos ocupacionais na área contaminada de uma lavanderia hospitalar. Associação Brasileira de engenharia de Produção** [Internet]. 2008 [citado 2011 jun 10]. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2008_TN_STO_072_512_11011.pdf.

3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Processamento de roupas de serviços de saúde: prevenção e controle de riscos** [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2011 mai 31]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/processamento_roupas.pdf.

4. Ministério do trabalho e emprego (BR). **Normas Regulamentadoras** [Internet]. Brasília; 1978 [citado 2010 jun 22]. Disponível em: URL: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_09_at.pdf.

# RECONHECIMENTO DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO NO CENTRO DE MATERIAL

# RECOGNITION PROCESS OF STERILIZATION IN THE CENTER OF MATERIAL

# RECONOCIMIENTO DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN EN EL CENTRO DE MATERIAL

MULLER, Vanderléia1

1 Enfermeira do Centro Cirúrgico do Hospital da Criança Augusta Muller Bohner. Mestranda do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). vanderleiamuller@gmail.com

**Introdução:** A evolução da história relacionada à criação e o desenvolvimento do Centro de Material e Esterilização (CME) está diretamente ligado à ampliação das técnicas cirúrgicas ao passar dos anos. Historicamente, as precárias condições onde eram realizados os procedimentos cirúrgicos refletiram nos índices altos de infecção, tornando urgente a criação de um local para preparar e processar os instrumentais. Ainda, ao longo das décadas surgiram várias mudanças nos instrumentais para atender as novas técnicas cirúrgicas, o que acarretou em uma necessidade de limpar e conservar estes materiais, levantando alguns questionamentos referentes às fontes de contaminação. Em meados do século XIX surgiu à solução fenol nos tratamentos dos fios de sutura e compressas usadas nos pacientes, o que impulsionou a evolução das técnicas de esterilização de materiais médico-hospitalares[1]. A necessidade de instalar nos hospitais um local específico o processamento dos artigos cirúrgico deu origem aos primeiros CME. As técnicas cirúrgicas continuaram evoluindo sofrendo uma revolução tecnológica nas décadas de 60 e 70, mudanças importantes também aconteceram na organização do CME, o que também culminou na criação de legislações para este setor, com objetivo de criar normas para o funcionamento e organização do serviço além da padronização em todas as instituições[1]. A Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é o órgão que estabelece tais leis e regulamenta o funcionamento desses locais. A Resolução nº. 307[2], considera a CME uma unidade de apoio técnico, que tem como finalidade o fornecimento de materiais médico-hospitalares adequadamente processados, proporcionando, assim, condições para o atendimento direto e a assistência à saúde dos indivíduos enfermos e sadios[3-4]. **Objetivos:** Nesse sentido, este estudo buscou conhecer o processo de esterilização de material, identificando as fragilidades e potencialidades no processamento de artigos médico-

hospitalares na ótica dos trabalhadores do serviço. **Metodologia:** Tratou-se de uma pesquisa descritiva e observacional, com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram os funcionários do CME de um hospital público, referência na saúde da criança, responsáveis pelo processamento de artigos, os quais foram acompanhados em suas atividades laborais, através de entrevista semiestruturada a qual foi gravada e posterior realizado a transcrição das falas para a categorização. Desse modo, utilizou-se para coleta de dados a entrevista semi-estrututada e observação não-participante do processo de esterilização praticado pelos envolvidos, com registro em diário de campo. A coleta de dados deu-se durante visitas *in loco* ao centro de material e esterilização em fevereiro de 2013. O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa envolvimento de seres humanos, sob o número 258/12. **Resultados:** Durante a observação foi possível acompanhar o fluxo dos materiais em todas as etapas do reprocessamento desde a sua entrada na CME até sua armazenagem no arsenal. Os instrumentais cirúrgicos passam por uma pré-lavagem em uma lavadora ultrassônica, programada conforme critérios do fabricante. Na área suja os colaboradores ou funcionários utilizam os equipamentos de proteção individual (EPI) conforme solicitado, sendo eles: luvas de borracha, avental impermeável e óculos de proteção. O material limpo é encaminhado à área de preparo através de uma janela e o funcionário realiza a secagem com compressas cirúrgicas e conferência. Em seguida o material é colocado nas autoclaves, as mesmas são programadas confor para outros instrumentais cirúrgicos. Quando o ciclo chega ao fim, no setor CME (estéril), os materiais são retirados das autoclaves e armazenados em estantes de aço. A distribuição para o arsenal do Centro Cirúrgico é feita sempre que solicitado. Durante o acompanhamento *in loco*, foi observado que o enfermeiro promoveu algumas adequações de fluxo, possibilitando um sentido unidirecional da recepção à dispensarão dos materiais no CME. Foram entrevistados três técnicos de enfermagem. Emergindo quatro categorias principais na análise do processamento dos materiais: **Fluxo dos artigos e recebimento dos materiais.** Esta categoria busca mostrar como os funcionários da CME recebem os materiais sujos e como é o fluxo destes materiais. Ficou evidenciado que á um conhecimento referente ao fluxo do setor porém é importante salientar que este acontece unidirecional e deve ser sempre na mesma sequência. **Identificação das áreas do CME:** esta categoria busca identificar se os funcionários da CME identificam que neste setor há separação por áreas. Através das falas dos participantes evidencia-se que um deles identifica apenas uma área de expurgo e outra limpa. Já o outro participante evidencia a existência de quatro áreas sendo: uma sala química, área de preparo do material, área estéril e área suja. Apesar dos participantes não saberem nomear as áreas que compõe a CME corretamente, ambos identificam a existência de uma barreira entre a área limpa e a área suja. **Indicadores do processo de esterilização**: esta terceira categoria busca mostrar se os participantes da pesquisa identificam algum indicador para o processo de esterilização. Evidencia-se através das respostas, que os participantes conseguem identificar o uso dos indicadores. Foi constatado que os testes são realizados adequadamente e há conhecimento

dos funcionários sobre a necessidade e importância dos mesmo. **Registro do processo de esterilização do material:** evidenciou-se se os participantes da pesquisa fazem algum tipo de registro acerca do processo de esterilização dos materiais. A partir da análise dos dados percebe-se que é feito um registro para controle dos materiais que foram esterilizados. Esse registro consiste em armazenar o impresso da autoclave e os testes biológicos e Bowie Dick, como pode ser evidenciado. Quando indagados acerca da importância de fazer os registros, dizem que é para caso ocorrer algum erro, seja possível identificar em que etapa o mesmo ocorreu. Evidenciado que os registros acontecem, porém o conhecimento sobre a importância de arquivar não foi evidenciado entre os sujeitos. Com as entrevistas e observações os sujeitos do estudo e gestores identificaram após apresentação dos achados mudanças e adequações no cenário investigado. **Conclusões: o** processo de esterilização realizado pelo no cenário pesquisador sugere a necessidade de melhorias de acordo com as recomendações da ANVISA[2] e SOBECC[3]. O estudo foi proveitoso, uma vez que possibilitou sugerir à instituição pesquisada, a implantar melhorias quanto ao fluxo do material no arsenal para tornar-se unilateral, bem como a contratação de um funcionário específico para este setor, além de implantação de rotinas na distribuição do material. Destaca-se que no início deste estudo, o hospital campo de pesquisa não dispunha de enfermeiro exclusivo para o CME e que foi contratado profissional exclusivamente para este fim. Embora durante a coleta de dados um dos profissionais, desistiu de contribuir com a pesquisa, foi de grande valia compreender como os trabalhadores do CME percebem as atividades desenvolvidas nesta unidade. Foi possível conhecer o processo de esterilização, sugere-se o desenvolvimento de educação continuada em serviço no CME, a fim de haja uma melhor compreensão sobre o processo esterilização. O estudo contribuiu para enfermagem nas melhorias das boas práticas relacionadas à esterilização e com serviço de saúde no propósito de melhorar a assistência e por fim o processo de esterilização.

Á**rea temática:** Segurança do Paciente.

**Descritores:** Esterilização; Enfermagem; Registros;

**REFERÊNCIAS**

1. AGUIAR, B. G. C; SOARES, E; SILVA, A. C. da. Evolução das centrais de material e esterilização: história, atualidades e perspectivas para a enfermagem. **Enfermería Global**, v. 15, p. 1-6, 2009.

2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução - RDC Nº 50**, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, de 20 de Setembro de 2011. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/hotsite/.../documentos/.../RDC%20Nº%20302-2005.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2013.

3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO (SOBECC). **Práticas recomendadas**: centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização. 5ªed. São Paulo: SOBECC; 2009.

4. ASCARI, Rosana Amora et al. Fluxo de materiais odonto-médico-hospitalares durante o seu processamento em unidades básicas de saúde. **Rev. UDESC em Ação**, 2012, v.6, n.1.

# CRIAÇÃO DA REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE EM SANTA MARIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

# CREATION OF THE BRAZILIAN NETWORK NURSING AND PATIENT SAFETY IN SANTA MARIA: EXPERIENCE REPORT

# CREACIÓN DE LA RED BRASILEÑA DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EM SANTA MARIA: RELATO DE EXPERIENCIA

ZOTTELE, Caroline1
CERVO, Anamarta Sbeghen2
PASA, Thiana3
ANTONELLO, Eveline do Amaral4
LANDERDAHL, Noeli Teresinha5
STOCK, Fernanda da Silva6
MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza7
NOAL, Helena Carolina8

1 Enfermeira do Hospital Casa de Saúde. Especialista em Administração Hospitalar e Controle de Infecção (INESP). Presidente da REBRAENSP – Núcleo Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. carolzottele@hotmail.com
2 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. Mestre em Enfermagem (UFSM). Membro da REBRAENSP – Núcleo Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.
3 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro da REBRAENSP – Núcleo Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.
4 Enfermeira do Hospital Unimed. Especialista em Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (UNIFESP). Membro da REBRAENSP – Núcleo Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.
5 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. Especialista em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS. Membro da REBRAENSP – Núcleo Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.
6 Enfermeira do Hospital Unimed. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro da REBRAENSP – Núcleo Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.
7 Enfermeira. Doutora em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Docente do Departamento e do PPGEnf/UFSM. Líder e pesquisadora do Grupo de Pesquisa TSEE. Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem. Membro da REBRAENSP – Núcleo Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.
8 Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFSM). Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão Hospitalar no Sistema Público de Saúde (HUSM). Docente da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA). Membro da REBRAENSP – Núcleo Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

**Introdução:** A preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente nas organizações de saúde tem surgido em âmbito global. Cuidados de saúde inseguros resultam em expressiva morbidade e mortalidade evitáveis[1]. Diante desse cenário, facilitada por recursos de informática e comunicação, surgiram as redes e comunidades científicas, que estão constituídas como estratégia sólida para auxiliar os profissionais de saúde tanto na promoção e na constante melhoria dos serviços de saúde, quanto na cultura segura de boas práticas assistenciais. Uma dessas redes é a Rede de Enfermagem e Segurança do Paciente, que apresenta âmbito internacional, nacional, estadual e local. Em 2005, no Chile, um grupo de enfermeiros discutiu o tema segurança e criaram a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP). No ano de 2007, em Miami, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), realizou a segunda reunião com participantes dos EUA, Argentina, Brasil, Chile, Equador, México e Haiti. Das discussões realizadas em Miami resultou um Plano de Trabalho, contendo as perspectivas e planos de ação para as áreas de graduação e pós-graduação, assistência, ensino e pesquisa. No Brasil, este Plano de Trabalho apresenta ações e recomendações para organizações e setores específicos, organizações em escolas e cursos de enfermagem, organizações profissionais e serviços de saúde. Em 2007, foi divulgado um Plano de Trabalho e, em 14 de maio de 2008, em São Paulo, foi formalizada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), numa reunião que incluiu representantes de todo o Brasil. E, em 11 de setembro de 2008, foi criada a REBRAENSP Pólo RS, numa reunião com participantes de 50 municípios gaúchos. A REBRAENSP tem como principais objetivos disseminar e sedimentar a segurança nas organizações de saúde, escolas, universidades, programas e organizações não governamentais, com intuito de prevenção de danos e de fortalecimento das ações na assistência ao paciente. **Objetivos:** relatar a criação e as ações desenvolvidas pela Rede de Enfermagem em Segurança do Paciente – Núcleo Santa Maria. **Metodologia**: Trata-se de um relato de experiência sobre a fundação da REBRAENSP – Núcleo Santa Maria, no município de Santa Maria. **Resultados:** Após a formalização da REBRAENSP Polo RS, em 2008, no Hospital São Lucas (PUCRS), em Porto Alegre, onde participaram 56 enfermeiros, representantes de 13 microrregiões do Estado do Rio Grande do Sul, deu-se início as atividades do Núcleo Santa Maria, sob a coordenação da Professora Enfermeira Doutora Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (CCS/UFSM) e vice coordenação da enfermeira Noeli Teresinha Landerdahl do Hospital Universitário de Santa Maria. Durante o período de novembro de 2008 a julho de 2010, foram convidados membros de diversas instituições, tanto de ensino como de saúde, para participarem de reuniões, a fim de instigar o processo de formação de profissionais da enfermagem e sensibilizar as instituições no que diz respeito à segurança do paciente. Em agosto de 2010, foi oficializada a criação da REBRAENSP Núcleo Santa Maria, sob a coordenação da Enfermeira Fernanda Stock da Silva, do Hospital UNIMED e vice-coordenação da Enfermeira Caroline Zottele do Hospital Casa de Saúde. Atualmente, fazem parte da REBRAENSP – Núcleo Santa Maria,

as seguintes instituições de ensino e de assistência: o Curso de Enfermagem do Centro do CCS/UFSM, o curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), o curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA) e o curso Técnico de Enfermagem do Colégio Fátima; o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Hospital Unimed (HU), Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo (HCAA), Hospital São Francisco de Assis (HSFA), Hospital Casa de Saúde (CS) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O núcleo realiza encontros mensais, com a finalidade de estudar e compartilhar experiências interinstitucionais, visando o desenvolvimento de uma cultura de segurança para o paciente. Com o intuito de unificar as estratégias que visam à segurança do paciente, a REBRAENSP – Núcleo Santa Maria baseada nas Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente (identificação correta dos pacientes, eficácia na comunicação, segurança de medicações de alto risco, eliminação de cirurgias/procedimentos errados, no paciente errado e na parte errada, redução do risco de infecções hospitalares e redução do risco de lesão em pacientes vítimas de quedas, lançadas pela Organização Mundial da Saúde)[2] buscou desenvolver linhas de ação em áreas estratégicas, a saber: a) Na área assistencial, o Núcleo implementou e/ou aprimorou o acompanhamento do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão (UP) por meio da Escala de Braden, colaborou na construção do manual intitulado "Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde" da REBRAENSP Polo RS e contribuiu na implantação de comissões de segurança do paciente de caráter multidisciplinar em algumas instituições hospitalares da Rede; b) na área do ensino, o Núcleo criou/consolidou nas instituições de ensino superior, pesquisas e disciplinas voltadas para a segurança do paciente, bem como projetos de Trabalho de Conclusão de Curso e dissertações de mestrado; e c) na educação permanente, em 2012, o Núcleo realizou o I Encontro da REBRAENSP Núcleo Santa Maria, tendo como tema central "Segurança do Paciente: responsabilidade multiprofissional". O evento contou com a participação de 300 pessoas entre acadêmicos e profissionais de diferentes áreas da saúde, além de palestrantes de Santa Maria e Porto Alegre. No ano de 2013, realizou o II Encontro, tendo como tema central "Reflexões Sobre Práticas Seguras no Cuidado do Paciente". Estes encontros objetivaram divulgar e fortalecer a REBRAENSP, proporcionando momentos de reflexão, discussão e integração entre participantes, afim de, disseminar conhecimentos sobre a segurança do paciente, fornecer subsídios para desencadear novos processos de trabalho que visem à realização de um cuidado seguro, dando ênfase à redução dos níveis de infecção, identificação correta dos pacientes e segurança no uso de medicamentos. O evento contou com a participação de 270 pessoas, entre acadêmicos e profissionais de diferentes áreas da saúde, além de palestrantes de Santa Maria, Porto Alegre e Santa Cruz do Sul. Também, a partir da experiência exitosa do HUSM com as capacitações sobre higienização das mãos, por meio da Caixa da Verdade, a REBRAENSP Núcleo Santa Maria forneceu a cada uma das instituições de ensino e de assistência que compõem a Rede um exemplar dessa Caixa para que fosse ampliado esse tipo de orientação. Atualmente a REBRAENSP Santa Maria está

na terceira gestão, que é coordenada pela enfermeira Caroline Zottele do Hospital Casa de Saúde e vice-coordenação da enfermeira Eveline do Amaral Antonello do Hospital UNIMED. Nos encontros mensais são discutidos temas referentes às metas internacionais de segurança do paciente e dos Protocolos instituídos a partir da Portaria nº 529, pelo Ministério da Saúde, em 1º de abril, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Esse Programa é considerado um grande avanço no que diz respeito à cultura de segurança do paciente, pois objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional[3]. A REBRAENSP Núcleo Santa Maria é aberta a alunos de ensino técnico, de graduação e pós-graduação em enfermagem, bem como a enfermeiros (docentes e assistenciais), técnicos e auxiliares de enfermagem. **Conclusões:** A criação da REBRAENSP em Santa Maria tem contribuído para fortalecer a cultura de segurança do paciente nas instituições de ensino e de assistência. Torna-se imprescindível, a contribuição dos profissionais de enfermagem na adesão deste movimento, que é mundial. Potencializar, fortalecer e promover o conhecimento entre os profissionais de enfermagem, no que diz respeito à cultura de segurança do paciente, tem sido o compromisso assumido pela REBRAENSP – Núcleo Santa Maria. Percebe-se que os profissionais e as organizações de saúde encontram-se no estágio inicial de entendimento e melhoria da assistência segura e com qualidade ao paciente, em que sensibilizar, promover discussões, traçar estratégias sobre o tema, tornou-se um desafio de extrema relevância para todos.

Á**rea temática:** Segurança do Paciente**.**

**Descritores:** segurança do paciente, enfermagem, assistência à saúde.

**Keywords:** patient safety, nursing, delivery of health care

**Palabras clave:** seguridad del paciente, enfermería, prestación de atención de salud

**REFERÊNCIAS**

1 Fernandes AT, Fernandes, MOV, Ribeiro FN. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde.** São Paulo: Atheneu; 2000. 2 vol. p.1461- 81.

2 OMS. Organização Mundial da Saúde. **Aliança Mundial Para Segurança do Paciente: Desafio Global para Segurança do Paciente:** 2005-2006. OMS, 2005.

3 Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Portaria nº529, de 01 de abril de 2013. Diário Oficial da União. Brasília, 2013.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE À BEIRA DO LEITO – RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

# IDENTIFICATION PATIENT BED OF THE BESIDE – EXPERIENCE REPORT OF A UNIVERSITY HOSPITAL

# IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EM LA EXTREMO DEL LECHO – INFORME DE LA EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

FÉLIX, Roselaine dos Santos1
SPERONI, Katiane Sefrin2
LANDERDAHL, Noeli Terezinha3
MARCONATO, Cintia da Silva4
CERVO, Anamarta Sbeghen5
BARATTO, Mari Angela Meneghetti6

1 Enfermeira da Unidade Tocoginecológica do HUSM/UFSM. Especialista em Saúde Pública e com Ênfase em Serviços-Universidade do Contestado. Membro da Equipe de Segurança do Paciente HUSM. E-mail: rsstfx@yahoo.com.br.
2 Enfermeira.Especialista em Enfermagem do Trabalho - FACINTER. Membro da Equipe de Segurança do Paciente do HUSM. Pós-graduanda em Gestão de Organização Pública em Saúde - UFSM e TICs Aplicada à Educação - UFSM. E-mail: katiane.speroni@gmail.com.
3 Enfermeira. Especialista em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS. Enfermeira Coordenadora da Equipe de Segurança do Paciente. Membro do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) e em Enfermagem (NEPE) E-mail: noelilander@gmail.com.
4 Enfermeira do Ambulatório de QTX - HUSM. Especialista em Cuidados Intensivos. Integrante do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Hospitalar e Educação em Saúde (GIPES) e do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem (TSEES). E-mail: cintiamarconato@gmail.com.
5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFSM. Coordenadora da equipe multiprofissional de terapia nutricional HUSM. E-mail: anamarta67@yahoo.com.br.
6 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - UFSM. Enfermeira da Unidade Cardiológica Intensiva do HUSM. E-mail: mariangelabaratto@yahoo.com.br

**Introdução:** A preocupação com a qualidade do cuidado à saúde e à segurança do paciente é antiga e foi expressa por Hipócrates: “em primeiro lugar, não cause dano” e, pela enfermeira visionária Florence Nightingale que dizia: “talvez pareça estranho enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”.[1] Considerando que os indivíduos necessitam de alguma assistência à saúde em algum determinado momento da vida, é imprescindível a busca pela melhoria da qualidade da assistência prestada por todos

os profissionais de saúde. Essa busca pela qualidade da atenção não é um tema novo e sofreu um grande impacto com a publicação do relatório "To err is Human: building a safer health care systen" (Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, em 1999, que revelou a preocupação por uma das dimensões da qualidade: a segurança do paciente. A publicação constatou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos Estados Unidos da América em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados à saúde[2]. Diante desses dados alarmantes governos e organizações internacionais mobilizaram-se e em maio de 2002, na 55ª Assembleia Mundial da Saúde foi priorizado pela Organização Mundial da Saúde à Segurança do Paciente e em continuidade, em 2004, a 57ª Assembleia Mundial da Saúde apoiou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o objetivo de facilitar o desenvolvimento de práticas e de políticas de segurança do paciente no âmbito internacional[3]. Nesta perspectiva, foram elaboradas as seis metas internacionais de segurança do paciente como a identificação correta do paciente; comunicação efetiva; segurança dos medicamentos de alta vigilância; cirurgias em local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos; redução do risco de infecção associado aos cuidados de saúde e redução do risco de lesão ao paciente em decorrência de queda. No Brasil, pode-se apontar como destaque, em 2011, a criação do Programa Hospitais Sentinelas totalizando 192 instituições de saúde, a Rede Nacional de Investigação de Surtos e de Eventos Adversos em Serviços de Saúde, bem como, compromisso que o Ministério da Saúde brasileiro assume com a Aliança Mundial para a segurança do paciente na luta contra infecções relacionadas à assistência à saúde em 2007.[1] Neste sentido, baseando-se nestas experiências, o Ministério da Saúde lança recentemente a Portaria Nº 529 de 01 de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente[4]. Estudos apontam que de cada dez pacientes um sofre pelo menos um evento adverso enquanto atendidos em um hospital e no Brasil os dados revelam que esse tipo de incidente representa 7,6% sendo que 66,7% seriam evitáveis[5]. Dentre as ações propostas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente instituíram-se seis protocolos que orientam os profissionais na ampliação da segurança do paciente nos serviços de saúde como a cirurgia segura, a identificação do paciente, a prática de higienização das mãos, a prevenção de úlceras por pressão, a prevenção de quedas em pacientes hospitalizados e segurança na prescrição e o uso e administração de medicamentos. Neste contexto, para ocorrer à implantação deste programa nacional, foi necessário desenvolver outras ações como: implantação dos núcleos de segurança do paciente nos serviços de saúde públicos e privados até 120 dias após a publicação da portaria; a notificação compulsória de eventos adversos pelos serviços de saúde que implantaram a norma; e, a sensibilização dos trabalhadores para propor medidas que visem à promoção da segurança do paciente. A portaria considera vários itens dentre eles a prioridade que deve ser dada à segurança do paciente nos serviços de saúde, bem como, referência como de sumo importância à promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e

dos pacientes na prevenção de incidente enfatizando os sistemas seguros[4]. O Hospital Universitário de Santa Maria reconhece a relevância do tema e em 29 de agosto de 2012 lança a Portaria Nº 19 designando a Equipe de Segurança do Paciente. Justifica-se este estudo pela necessidade de sensibilizar os profissionais para a promoção da cultura da segurança do paciente e avaliação de um impresso institucional sugerido. **Objetivos:** Este estudo objetiva relatar a experiência de implantação da identificação dos pacientes à beira do leito no Hospital Universitário de Santa Maria com impresso específico instituído e padronizado. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência onde visa a implementação e implantação de um impresso padronizado para a identificação dos pacientes à beira do leito no ambiente hospitalar. Para tanto, utilizou-se um projeto piloto desenvolvido na Unidade Tocoginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria, no mês de outubro de 2012. Esta Unidade de Internação foi escolhida por ter como característica a alta rotatividade de pacientes, proporcionando a obtenção de mais sugestões e avaliações. Optou-se pela implantação de um projeto piloto a partir de discussões em várias reuniões da equipe de segurança do paciente a qual avaliou ser necessário conhecer a receptividade e as sugestões no uso deste impresso antes de sua implantação pelos profissionais envolvidos no atendimento das demandas de saúde, bem como, da opinião do paciente e seus familiares durante o seu período de estadia no hospital. Foram confeccionados impressos com o mínimo de informações necessárias para garantir à identificação do paciente a beira do leito onde constava: nome completo do paciente, data de nascimento, registro geral, data de internação no Hospital Universitário de Santa Maria e um campo destinado a observações. Utilizou-se em destaque uma coluna em cor vermelha, à esquerda do impresso na qual o profissional de enfermagem irá avaliar e assinalar as lacunas atribuindo riscos a cada paciente como: úlcera por pressão, queda, flebite, alergias e outros. Como requisito para preenchimento do impresso elaborou-se uma orientação e estabelece-se que a secretária da Unidade iria preenchê-lo por ter acesso aos documentos e/ou o prontuário do paciente no momento da internação deste na instituição. Definiu-se que na ausência da secretária o enfermeiro do turno preencheria todos os dados do impresso. O preenchimento da coluna dos riscos do paciente (em vermelho) é atribuição do enfermeiro da unidade e com todo o impresso preenchido esse era fixado na cabeceira do leito do paciente. Para melhor controle e eficácia da utilização do impresso, estabeleceu-se que em caso de transferência para outras unidades, o impresso seria acondicionado no prontuário do paciente até o momento da alta hospitalar ou em caso de óbito, sendo retirado nestes dois casos. **Resultados:** A equipe de saúde, os colaboradores, os acadêmicos, os pacientes e familiares relataram com significância a melhor identificação do paciente a beira do leito com sugestões de adequações no impresso. A equipe de segurança do paciente avaliou em vários momentos as sugestões encaminhadas e em junho de 2013 o impresso recebeu o formato final sendo encaminhado para a gráfica para sua impressão e posterior implantação. **Conclusões:** Conclui-se com este estudo que apesar de se tratar de uma normativa do Ministério da Saúde tem-se muito a desenvolver para prestar uma

assistência de qualidade ao paciente, onde o mesmo sofra menos danos possíveis a sua saúde no ambiente hospitalar. A equipe de segurança do paciente deste hospital avaliou positivamente este processo o qual conseguiu promover uma sensibilização para a promoção da cultura de segurança do paciente com o engajamento de vários segmentos da estrutura organizacional do serviço público de saúde, dos profissionais envolvidos, dos acadêmicos, do próprio paciente e seus familiares na identificação do paciente à beira do leito. Deste modo, observou-se que com verificação rotineira da integridade das informações contidas no impresso, ocorreram menos equívocos no cadastro de admissão de pacientes como as informações imprecisas devido a alterações físicas e/ou mentais do paciente, nomes pouco comuns e de difícil grafia, imprecisão na data de nascimento ou de admissão no hospital ou do registro geral, e a avaliação dos riscos referentes à úlcera por pressão, quedas, flebite, alergias e outros. Dentre os seis protocolos que os serviços de saúde buscam ampliar para a segurança do paciente, a equipe de segurança do paciente do Hospital Universitário de Santa Maria implementa com a participação de todos os membros da equipe de saúde, a primeira meta internacional com o foco da identificação do paciente a beira do leito, afim de primar pela qualidade e segurança no atendimento aos pacientes.

**ÁREA TEMÁTICA:** Segurança do Paciente

**PALAVRAS-CHAVES:** Segurança do Paciente; Enfermagem; Identificação do Paciente.

**KEYWORDS:** Patient Safety; Nursing; Patient Identification.

**PALABRA CLAVE:** Seguridad del Paciente; Enfermería; Identificación del paciente.

**REFERÊNCIAS**

1. PEDREIRA MLG. HARADA MJC. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente.** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

2. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety: forward programme. Geneva;** 2005. Disponível em: < www.who.int/entity/patientsafety/en/>. Acesso: 26 de jul de 2013 às 14:00.

3. BRASIL. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência de Tecnologia em Serviços de Saúde.** Cadernos Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – 1ª Ed., 2013, ANVISA. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/publicacoes.html> Acesso: 26 de jul de 2013 às 13:45.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União 02 de abril de 2013** [acesso em 26/07/2013]; Seção 1, nº 62. Disponível www.bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gn/2013/prt529_01_04_2013.html

5. MENDES W, TRAVASSOS C, MARTIN M, NORONHA JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev. Bras. Epidemiol**. [serial on the internet]. 2005 Dec. [cited 2013 July 27] vol. 8, n. 4, pp. 393 – 406. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso: 27 de jul de 2013 às 13:30.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# DESAFIO DO ENSINO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA GRADUAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

# CHALLENGE OF TEACHING NURSING ASSESSMENT SISTEMATIZATION DURING UNDERGRADUATE COURSES: EXPERIENCE REPORT

# EL DESAFÍO DE ENSEÑAR LA SISTEMATIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: RELATO DE EXPERIENCIA

GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi1
GUANILO, Maria Elena Echevarría2
TRISTÃO, Fernanda Sant'Ana3

1 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas/RS. E-mail: r.gabatz@yahoo.com.br
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas/RS. E-mail: elena_meeg@hotmail.com
3 Enfermeira. Mestre em Educação. Professora Assistente da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas/RS. E-mail: enfermeirafernanda1@gmail.com

**Introdução.** A enfermagem organiza-se e expressa sua ação no cuidado ou na assistência ao indivíduo, foco da sua prática, por meio de seus métodos e instrumentos de trabalho. Para desenvolver as atividades de cuidado, o enfermeiro necessita de instrumental conceitual e técnico a fim de alcançar os objetivos da assistência, visto que a prática da assistência de enfermagem é baseada e instrumentalizada por referencial próprio, criado e construído pelos profissionais de enfermagem, possibilitando a união da teoria à prática. A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma metodologia que vem sendo utilizada para organizar o trabalho do enfermeiro por meio do Processo de Enfermagem (PE) por oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos interdisciplinares e humanizados de cuidado, bem como conferir melhora na qualidade da assistência prestada[1]. O PE como método da SAE, vem sendo utilizado há décadas no Brasil, desde que foi introduzido por Wanda de Aguiar Horta, com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas[1]. A SAE foi definida legalmente pela Lei do Exercício Profissional n.7498/862 e reafirmada pela Resolução COFEN n.358/20093, a qual Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras

providências. É a partir da legalização, que passou a ser exigida dentro das instituições de saúde brasileiras. Entretanto, atualmente percebe-se que é necessário mais do que a resolução oferece, uma vez que a sua implantação envolve distintos aspectos relacionados aos profissionais (executores) e instituições. Assim, ela por si só não é capaz de garantir a qualidade da assistência, é necessária a existência de um conjunto de subsídios institucionais e educacionais que garantam a sua implantação, implementação e manutenção, fato que contribui para que a aplicabilidade da SAE continue sendo um desafio em grande parte dos serviços de saúde no Brasil. O campo do ensino é um espaço propício para o desenvolvimento da SAE como metodologia que subsidie o planejamento do cuidado. No entanto é necessária a utilização de estratégias inovadoras e dinâmicas de ensino-aprendizagem capazes de articular teoria e prática e de estimular a capacidade de questionamento e de autoquestionamento dos alunos, pressupostos para o conhecimento reflexivo indispensável para exercício da sistematização da assistência de enfermagem no contexto assistencial. **Objetivo.** Descrever a experiência dos docentes no ensino da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no processo de formação de enfermeiros a partir de um currículo integrado. **Metodologia.** Trata-se de estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. O relato foi baseado na experiência dos docentes sobre o processo de ensino-aprendizagem da SAE, no quarto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade Federal do Sul do Brasil. **Resultados.** A cada semestre, os educandos trazem novas expectativas para a entrada no campo prático em unidade hospitalar. Uma das principais preocupações relaciona-se a forma como o cuidado é prestado neste ambiente, que, muitas vezes, lida com condições extremamente delicadas como casos graves de saúde, pacientes difíceis de abordar e formar vínculo, entre outras. Neste universo, a SAE possibilita a organização do cuidado prestado ao indivíduo. Apresenta-se aqui a experiência docente da Faculdade de Enfermagem de uma Universidade Federal do Sul do Brasil, cuja proposta de ensino é baseada em um 'currículo integrado', composto por uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem com ênfase em módulos interdisciplinares, cuja abordagem metodológica parte da necessidade de integração entre conteúdos teóricos e competências e habilidades, mediados pela reflexão e a produção de conhecimentos através da inserção em realidades concretas. Nesse currículo os saberes são organizados em três unidades educacionais, compreendendo-se por unidades um conjunto de saberes em movimento com intervenções metodológicas e práticas dentro dos métodos ativos com recursos e instrumentos compatíveis, que são: conhecimentos do ciclo vital, prática do cuidado em saúde, sistematização do cuidado em saúde[4]. A experiência relatada tem como base o modelo conceitual de Wanda Horta, ferramenta capaz de viabilizar a operacionalização da SAE. Horta se fundamenta na Teoria da Motivação Humana de Maslow, que tem como base o conceito de hierarquia das necessidades que influenciam o comportamento humano[5]. Assim, o objetivo do semestre é possibilitar ao educando o desenvolvimento de habilidades e competências para cuidar de adultos e suas famílias durante o período de hospitalização, a

partir das avaliações das suas necessidades frente às alterações de saúde. Para tanto, desenvolvem-se atividades teórico-práticas que oportunizam a construção do conhecimento para a identificação das necessidades de saúde, embasadas na ética, na semiologia e semiotécnica, no Processo de Enfermagem e no conhecimento científico. O ambiente em que ocorrem às atividades são unidades de internação clínica e cirúrgica, durante o período correspondente às práticas supervisionadas que representam uma carga horária total de 204 horas ao longo do semestre, correspondendo a três encontros por semana, ao longo de 17 semanas, com um facilitador para cada grupo de cinco a sete educandos. O método empregado para sistematizar a assistência de enfermagem é o Processo de Enfermagem (PE), que é composto por cinco etapas inter-relacionadas: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. A SAE também é trabalhada em forma de atividades em outros cenários de aprendizagem denominados de seminário, caso de papel e síntese da prática permitindo assim que os conteúdos sejam desenvolvidos de forma integrada. O seminário constitui-se de uma aula expositiva e dialogada. Enquanto isso, o caso de papel, trabalha com casos clínicos, desenvolvidos ao longo de dois encontros, cada caso, um de abertura e outro de fechamento. Nessa atividade os educandos são instigados a levantar os problemas durante a abertura do caso, e buscar soluções/respostas para o fechamento. No caso de papel o tutor tem a função de promover a uniformidade da discussão entre os educandos; instigar a formulação de questões apropriadas para o enriquecimento das discussões; facilitar a busca do aprendizado; intermediar e favorecer o relacionamento dos educandos entre si e com o tutor, favorecendo a construção um ambiente de aprendizado onde seja possível o exercício da reflexão e autonomia. Na síntese da prática são realizadas discussões e reflexões sobre as atividades desenvolvidas no campo prático. O tutor atua como facilitador do aprendizado durante as discussões que ocorrem entre educandos em busca da solução de problemas que emergiram das suas vivências. Destaca-se que nestas metodologias o tutor desloca-se do modelo de transmissor de conhecimento, no qual os educadores são os depositantes do saber e os educandos os depositários e assume o papel de mediador, ou seja, um agente que aprende e constrói o conhecimento junto com o educando. A metodologia de ensino-aprendizagem para desenvolvimento da SAE prioriza a relação prática-teoria-prática, como também a fundamentação teórica e a incorporação de princípios éticos de forma que a aprendizagem se torne significativa, ou seja, quando uma nova informação confere significado para os educandos, porque tem relação com suas vivências. A aprendizagem baseada em vivências, prática-teoria-prática e estimula constantemente o educando a aprender e a fazer parte do processo de construção do aprendizado levando-o a experimentar incertezas e essa condição de incerteza deve levar à reflexão e busca de conhecimento para a tomada de decisão que é uma das bases para implementação da SAE pelo enfermeiro. Os cuidados desenvolvidos pelos educandos, docentes e equipe de enfermagem, dentro do ambiente hospitalar, se desenvolvem rodeados de diversas situações consideradas estressantes tanto para o paciente, quanto para o cuidador (membros da equipe de enfermagem, docente e

educandos), como dificuldades estruturais, de recursos humanos e financeiros ou políticos. Além disso, lidar diariamente com os sentimentos dos pacientes frente à internação, perda de autonomia, dificuldade na expressão de preferências devido a gravidade do caso, representa para os educandos grande preocupação e eles acabam encontrando no estudo da SAE e no exercício do desenvolvimento das etapas do processo de enfermagem, a oportunidade de oferecer um atendimento individualizado, sistemático e baseado em conhecimento teórico-científico. É importante que os futuros profissionais compreendam e assumam a responsabilidade do cuidado, o qual vai além da realização de procedimentos técnicos, por exemplo, o preparo e administração de medicamentos, cuidados com a higiene corporal, alimentação, compreendendo também o cuidado do emocional e espiritual. **Conclusão.** Percebe-se que os educandos identificam na compreensão da SAE e no desenvolvimento das etapas do processo de enfermagem, a oportunidade concreta de elaborar um plano de cuidado sistematizado. Ainda, identificação de problemas de saúde, a partir da realização diária de uma anamnese e exame físico completo, são peças fundamentais para o aprofundamento do conhecimento e realização do plano de cuidados individual, conferindo-lhe um caráter científico. Por fim, ressalta-se que o processo de ensino-aprendizagem da SAE, trabalhado a partir do currículo integrado, tem possibilitado o desenvolvimento de competências necessárias para a superação de problemas vivenciados na prática, minimizado fatores dificultadores que interferem na implementação da SAE por parte dos profissionais de enfermagem como: o não reconhecimento da SAE enquanto processo que organiza o trabalho do enfermeiro, desconhecimento de um método para implementá-la e o despreparo dos enfermeiros na tomada de decisões.

**ÁREA TEMÁTICA:** Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE.

**Descritores:** Enfermagem; Hospitais de Ensino; Teoria de Enfermagem.

**Descriptors:** Nursing; Hospital, Teaching; Nursing Theory.

**Descriptores:** Enfermería; Hospitales Escuela; Teoría de Enfermería.

**REFERÊNCIAS**

1 Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm. [internet] 2006 [acesso em 2013]; 29 (59):675-79.Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a15.pdf.

2 Lei 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília). 1986 Jun 05; Seção I:9273-5.

3 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN (BR). Resolução n° 358/2009 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências [internet]. 15 out 2009. [acesso 1 jul 2013]. Disponível em: http://site.portalcofen.gov.br/node/4384

4 Sousa AS, Jardim VMR, Coimbra VCC, Kantorski LP, Oliveira MLM, Franzmann UT, Pinheiro GEW. O projeto político pedagógico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Rev enferm saúde. 2011;1(1):164-76.

5 Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIAS ELETIVAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

# MOST FREQUENT NURSING DIAGNOSIS IN ELECTIVE SURGERY'S IMMEDIATE POSTOPERATIVE: EXPERIENCE REPORT

# DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTE EN LOS PÓS OPERATÓRIOS IMEDIATO DE CIRURGÍAS ELECTIVAS: INFORME DE LA EXPERIENCIA

BUSANELLO, Rozelaine Maria1
CUNHA, Quézia Boeira da2
SALDANHA, Viviane Segabinazzi3
MILITZ, Cleusa de Moraes4

1 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Técnica-administrativa da UFSM, roze.b@hotmail.com
2 Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva com Ênfase em Oncologia e Controle d e Infecção Hospitalar, Técnica-administrativa da UFSM
3Enfermeira, Especialista em Gerontologia, Técnica-administrativa da UFSM
4 Enfermeira, Especialista em Segurança do Trabalho, Técnica-administrativa da UFSM

O procedimento cirúrgico na atualidade desponta como uma das modalidades terapêuticas de diagnóstico e tratamento de doenças, podendo ser classificado de acordo com o momento operatório (emergência, urgência e eletiva), com a finalidade da cirurgia (paliativa, radical, plástica e diagnóstica), com o risco cardiológico a que o paciente é submetido (pequeno porte, médio porte e grande porte), com a duração da cirurgia (porte I, II, III, IV) e o potencial de contaminação (limpa, potencialmente contaminada, contaminada e infectada). Os pacientes que se submetem ao procedimento anestésico-cirúrgico podem, ao término deste, apresentar inúmeras complicações, podendo estas estar relacionadas com o aparelho respiratório, a exemplo da hipoxemia, com a instabilidade do sistema cardiovascular, a alteração da temperatura corporal, a lesão tecidual, entre outras[(1)]. Neste contexto, os pacientes em pós-operatório imediato, ainda sob o efeito anestésico necessitam de uma assistência de enfermagem intensiva, até que o efeito seja suprimido e as funções motoras, sensitivas e sinais vitais destes pacientes retornem aos níveis anteriores. Assim, objetivando a eficácia e eficiência da assistência de enfermagem é mister salientar a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois se

constitui como um modelo de assistência integral, subjetiva, continuada, participativa, documentada e avaliada, que favorece as normas, rotinas e condutas da categoria profissional[1]. Dentre as etapas ou fases que a constituem, enfatiza-se o Diagnóstico de Enfermagem, o qual é definido como um processo de agrupamento de dados coletados, que quando adequadamente interpretados levam a tomada de decisão a cerca dos conceitos diagnósticos de enfermagem que representam com maior exatidão, cujo significado pressupõe as respostas da pessoa em um dado momento do processo saúde e doença[2]. Os Diagnósticos de Enfermagem constituem a base para elencar as intervenções com as quais se objetiva alcançar resultados[3], isto é, orientam as intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados que se espera alcançar, sendo este o melhor resultado para o paciente[2]. Cabe ressaltar que os enfermeiros ao realizarem a coleta de dados, necessitam conseguir dados confiáveis e válidos, primando pela observação e escuta atentivas, bem como possuir habilidades de raciocínio crítico para interpretações precisas e escolha apropriada das intervenções. Considerando-se que as pessoas são o foco da enfermagem, suas experiências e reações são importantes para obtenção de uma quantidade de dados suficiente para apoiar um julgamento diagnóstico, assim como a flexibilidade de pensamento que permite a realização de uma grande busca mental para afirmação destes. Os dados se constituem em indícios ou informações que serão então analisados por meio de um processo mental de avaliação. Para confirmar ou descartar diagnósticos, podem ser coletados mais indícios, concentrando-se em perguntas para que estes dados orientem a escolha de um ou mais diagnósticos acurados. Neste sentido, este estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente associados ao pós-operatório imediato em pacientes submetidos a cirurgias eletivas. Caracteriza-se como um relato das percepções emergidas da experiência de enfermeiras que realizam a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Serviço de Sala de Recuperação Pós-anestésica e Sala de Recuperação Intermediária do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria. O referido Hospital foi fundado em 1970, sendo referência em saúde para a região central do Rio Grande do Sul, com atenção voltada ao ensino, pesquisa e assistência da saúde. O Serviço de Centro Cirúrgico possui 06 salas de cirurgia em que são realizadas cerca de 5688 cirurgias ao ano, eletivas e emergenciais(4), possuindo duas salas de recuperação anestésicas, sendo que na Sala de Recuperação Pós-anestésica permanecem os pacientes que estão internados ou que necessitem de internação e outra denominada Sala de Recuperação Intermediária na qual são acomodados os pacientes que realizam cirurgias ambulatoriais e devem permanecer por até 48 horas. O Serviço de Enfermagem dispõe desde 2010 com a informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem tendo como fundamentação teórica as Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. Com vistas à utilização de classificação e padronização da linguagem em termos de diagnóstico de enfermagem, o Hospital Universitário de Santa Maria utiliza a taxonomia diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Dentre os Diagnósticos de Enfermagem mais utilizados após o procedimento anestésico-

cirúrgico de cirurgias eletivas encontram-se os de riscos, isto é, aqueles que não se caracterizam como problemas reais, porém se apresentam com potencial para tal. Assim, na Necessidade Humana Básica de Hidratação um dos diagnósticos que mais se destaca é o Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos relacionado com o aumento ou rápida mudança de uma localização para outra do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular[2]. Já na necessidade de Eliminação está o Risco de Motilidade Gastrintestinal Disfuncional devido a atividade peristáltica diminuída ou ineficaz[2]. No que tange à necessidade de Segurança Física e Meio Ambiente aparece tanto o Risco de infecção associado à destruição de tecidos e procedimentos invasivos[2], quanto o Risco de Lesão por Posicionamento Perioperatório devido aos distúrbios sensoriais/perceptivos decorrentes da anestesia[2]. Já, para os problemas reais, evidencia-se com freqüência majoritária a Dor Aguda vinculada à Necessidade Humana Básica de Percepção dos Órgãos dos Sentidos, assim como a Integridade Tissular Prejudicada da Integridade Cutâneo Mucosa, ambas associadas à lesão tecidual[2]. Pouco menos selecionado, porém relacionado aos bloqueios regionais peridural ou subaraquinóide surge a Eliminação Urinária Prejudicada. Nas cirurgias de maior duração (porte III e IV) identificou-se a Hipotermia cuja necessidade é de Regulação da Temperatura Corporal bastante elencada. Conclui-se que no pós-operatório de cirurgia eletiva, dentre os Diagnósticos de Enfermagem reais e potenciais, são mais frequentes os diagnósticos reais de Dor Aguda e Integridade Tissular Prejudicada. Aparecem ainda vários diagnósticos de risco, uma vez que os pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico eletivo são previamente hígidos, com condições de saúde propensa ou o melhor possível para submeter-se a este ato. Infere-se que no momento atual não se concebe que o papel da enfermagem no cuidado ao paciente esteja pautado apenas em atividades técnicas, mas que este usufrua das diversas tecnologias que dispõe. Estando oficializada pela legislação profissional, a Sistematização da Assistência de Enfermagem estabelece o diferencial na qualidade da assistência, por aproximar o enfermeiro do paciente e da família, assim como fornece visibilidade à profissão. Considerando-se que o Diagnóstico estabelece a base para o cuidado, não existe cuidado sem o diagnóstico.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem.

**Descritores:** Enfermagem; Enfermagem perioperatória; Diagnóstico de Enfermagem .

**REFERÊNCIAS**

1. Carvalho R, Bianchi ERF orgs. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri, São Paulo: Manole; 2007.

2. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009 – 2011. NANDA Internacional; tradução Garcez RM. Porto Alegre: Artmed, 2010.

3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2009.

4. Hospital Univesitário de Santa Maria. Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br>. Acesso em: 29 julho de 2013.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# VIVÊNCIA DE ACADÊMICOS: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AO ALCOOLISMO

# ACADEMIC'S EXPERIENCE: PROCESSO OF NURSING CARE ASSISTANCE FRONT ALCOHOLISM

# EXPERIENCIA DE ESTUDIANTES: SISTEMATIZACIÓN DE ENFERMERÍA FRENTE DE CUIDADO DE ALCOHOLISMO

SENGER, Sabrina Dias1
LEITE, Marinês Tambara2
HILDEBRANDT, Leila Mariza3

1 Acadêmica do V semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões RS/Brasil. Petiana não bolsista PET Enfermagem UFSM/Campus Palmeira das Missões. E-mail: Sabrina_senger@hotmail.com.
2 Enfermeira, Doutora em Gerontologia Biomédica, Professora Adjunto II – UFSM/ Campus Palmeira das Missões - RS/Brasil, Tutora PET Enfermagem UFSM/Campus Palmeira das Missões RS.
3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, Professora Assistente – UFSM/ Campus Palmeira das Missões- RS/Brasil.

**Introdução**: O álcool acompanha a humanidade há muito tempo e sempre foi utilizado como elemento de rituais religiosos, comemorações e confraternizações. Porém, essa substância também estimula a agressividade, a discórdia e a dor, causando conflitos familiares, inimizades e problemas no trabalho[3]. É a substância psicoativa mais consumida, de fácil acesso, ampla aceitação cultural, diversos modos de consumo e com variadas apresentações[2]. Após surgir o conceito de alcoolismo, no século XVIII, Benjamin Rush, psiquiatra americano, foi idealizador da frase: "Beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade". No ano de 1976, Grifith Edwards e Milton Gross propuseram a Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), considerada um transtorno que se estabelece ao longo da vida e depende de fatores biológicos e culturais[3]. O abuso do álcool é o maior responsável pelas complicações relacionadas ao uso de substâncias psicoativas[2]. Os sinais e sintomas iniciais de abstinência são leves, intermitentes e pouco incapacitantes, mas, no pico da dependência, podem tornar-se mais significativos (tremor intenso e alucinações). Dentre os sintomas destacam-se os físicos, os afetivos e os referentes à sensopercepção[3]. Além de todos os problemas já comentados, o alcoolismo faz com que o indivíduo enfrente também o preconceito, sendo julgado, muitas

vezes, como indesejável, inoportuno, desmoralizado e indisciplinado. Como resposta, o etilista se isola, perde amizades, falta ao trabalho e tem dificuldades em se relacionar. Os alcoólicos são doentes e precisam de tratamento e assistência adequada[5]. O indivíduo que se encontra nos estágios avançados, consome a substância compulsiva e incontrolavelmente na tentativa de aliviar os sintomas de abstinência, sem importar-se com as consequências3. As complicações relacionadas ao uso de álcool e drogas nas são comuns atualmente. O alcoolismo é um problema de saúde pública e precisa ser tratado com a seriedade e resolubilidade que demanda. Tendo em vista que o alcoolismo é uma doença crônica que afeta parte significativa da população mundial, trazendo problemas sociais, econômicos, culturais e psíquicos, justifica-se o presente trabalho pela percepção da necessidade de buscar conhecimento para subsidiar a prática de enfermagem no sentido de identificar os principais problemas vivenciados pelo alcoolista, realizar encaminhamentos adequados e planejar intervenções de enfermagem efetivas. **Objetivos:** Relatar a experiência de uma acadêmica de enfermagem frente a um caso de alcoolismo vivenciado em um hospital da região norte do Rio Grande do Sul e auxiliar na qualificação da assistência prestada a esses pacientes. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido durante o final do primeiro semestre de 2013, a partir da vivência de acadêmicos do 5º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Esta vivência ocorreu no decorrer do desenvolvimento das atividades teórico-práticas do componente curricular Enfermagem em Saúde Mental. Tais atividades foram desenvolvidas em um hospital geral da região norte do Rio Grande do Sul. Para a documentação das mesmas, utilizou-se de diário de campo que serviu como instrumento no processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e, posteriormente, para a realização de estudo de caso sobre a situação vivenciada por uma pessoa alcoolista. **Resultados:** A prática supervisionada tinha como objetivo o acompanhamento de pacientes internados com algum problema mental para posterior planejamento de intervenções com base na SAE, bem como a análise dos prontuários, dos exames laboratoriais e radiodiagnósticos realizados e das intervenções da equipe de enfermagem. Neste campo de prática, vivenciaram-se os cuidados de enfermagem a um paciente do sexo masculino, 49 anos de idade, brasileiro, católico, ensino fundamental incompleto, agricultor, com histórico de tabagismo e alcoolismo. O mesmo internou no hospital apresentando abdômen distendido, intensa algia abdominal e parestesia em membros inferiores (MMII). O usuário já havia internado em outros momentos devido ao alcoolismo. Quanto aos hábitos de vida, relata sentir muito sono, gosta de cantar, não realiza atividade física, alimenta-se geralmente pouco, mas às vezes sente muita fome e, nesse momento, come exageradamente, baixa ingesta hídrica, eliminações intestinais presentes, oligúria e, por vezes, anúria. Possui casa própria e com saneamento básico, mora sozinho, o provedor de recursos financeiros é a mãe, relações conflituosas com a mesma e demais familiares. No momento da internação, fazia uso de diazepam 10 mg, propanolol 40 mg, espironolactona 50 mg e soro glicosado SG5% EV (com componentes NaCl 20%, KCl 10%, 10 ml de complexo B). Os exames

laboratoriais e radiodiagnósticos do paciente apontam para disfunção hepática, provável caso de cirrose hepática alcoólica. A patologia está evidenciada pela algia e distensão abdominal, icterícia principalmente na conjuntiva e face e pelo histórico do paciente. Frente a isso, com o suporte da docente da disciplina e embasados pela SAE, elaboramos diagnósticos e prescrições com vistas a qualificar a intervenção de enfermagem a este paciente. Os diagnósticos foram construídos de acordo com a anamnese, o exame físico e mental do indivíduo. Dentre eles estão: confusão aguda relacionada ao abuso de álcool e evidenciada por flutuação no nível de consciência; deambulação prejudicada relacionada ao descondicionamento, dor, equilíbrio prejudicado, força muscular insuficiente e evidenciada por capacidade prejudicada de percorrer as distâncias necessárias; estilo de vida sedentário relacionado ao conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde, desinteresse, desmotivação e evidenciado por demonstrar falta de condicionamento físico, escolher uma rotina diária sem exercícios físicos; processos familiares disfuncionais relacionados ao abuso de álcool, falta de habilidade para resolver problemas e evidenciado por falta de habilidades necessárias para relacionamentos, abuso de álcool, críticas, dependência de nicotina, dificuldade com relacionamentos íntimos, falta de confiabilidade, confusão, desvalorização, vulnerabilidade; nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada à incapacidade de absorver nutrientes e evidenciada por relato de ingestão inadequada de alimentos, menor que a porção diária recomendada; risco de volume de líquidos deficiente evidenciado por desvios que afetam a absorção de líquidos; ansiedade relacionada à mudança real ou percebida no ambiente secundária a hospitalização e evidenciada por tendência a culpar os outros, confuso; risco de infecção evidenciado por defesas secundárias inadequadas (diminuição de hemoglobina), procedimentos invasivos[4]. Após os diagnósticos, realizamos prescrições de enfermagem, tais como: aumentar a autoestima da pessoa, valorizando-a como ser humano possuidor de capacidades e potencialidades, reforçar seus pontos positivos; promover o bem estar por meio do incentivo em realizar atividades que a pessoa goste (como cantar, por exemplo); não apoiar a confusão; prevenir lesões ao cliente (orientar mudança de decúbito e quanto a possibilidade de hipotensão ortostática, por exemplo); auxiliar a família para um enfrentamento eficaz (evitar julgamentos e preconceitos, acolher o familiar) ; encaminhar a um fisioterapeuta; encorajar a deambulação; estabelecer um relacionamento confiante; ser tolerante e não criticar quanto a situação do alcoolismo; enfatizar que os membros da família não são responsáveis pelo seu uso de bebidas alcoólicas; discutir que seus sentimentos e experiências estão, com frequência, associados ao alcoolismo familiar; discutir as características do alcoolismo: revisar um teste de triagem (por ex. o CAGE) que resume as características do alcoolismo; discutir as causas do alcoolismo, repassando informações concretas ao paciente; discutir métodos ineficazes que as famílias usam em relação ao alcoolista; auxiliar a família a entender o comportamento da pessoa alcoolista; discutir com a família que a recuperação mudará à dinâmica normal familiar de forma significativa; discutir a possibilidade de recaída da pessoa alcoolista e os fatores

contribuintes; iniciar educação para a saúde ao paciente e família em relação aos recursos comunitários e os encaminhamentos, como indicados (Alcoólicos Anônimos, grupos de autoajuda, terapia familiar/individual); consultar o nutricionista para estabelecer as exigências calóricas diárias e os tipos de alimentos apropriados para o cliente; auxiliar a pessoa a reduzir seu nível atual de ansiedade[1]. Ao longo das atividades, discutiram-se os casos em grupo e aplicaram-se as prescrições de enfermagem ao paciente, visando atender as suas demandas, orientá-lo e conscientizá-lo da necessidade do tratamento. **Conclusões:** Conclui-se que, para a efetividade dos cuidados de enfermagem a pacientes alcoolistas, é indispensável uma equipe multidisciplinar (enfermeiro, nutricionista, médico, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo e outros). A saúde mental precisa ser trabalhada em equipe, pois um profissional sozinho não atende a demanda. O enfermeiro, por meio da SAE, consegue levantar diagnósticos de enfermagem e planejar intervenções que possam orientar o paciente para um plano de cuidado em longo prazo. A educação sobre o uso de álcool e alcoolismo deve ser considerada essencial para a formação profissional do enfermeiro, compreendendo conhecimentos das atitudes frente ao usuário e aos problemas relacionados, obtenção de educação formal acerca do tema e mudanças de atitudes e conceitos.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE.

**Palavras-chave:** Alcoolismo; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

**Keywords:** Alcoholism; Nursing; Nursing Care.

**Palabras clave:** Alcoholismo; Enfermería; Atención de Enfermería.

**REFERÊNCIAS**

1. Carpenito-Moyet LJ. Diagnóstico de enfermagem: aplicado à prática clínica. 10. Ed., Porto Alegre: Artmed, 2005.

2. Frances RJ, Franklin JE. Treatment of Alcoholism & Addictions, Washington, American Psychatric Press, 1989.

3. Gigliot A, Bessa MA. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. Ver Bras Psiquiatr. 2004:26(supl. 1): 11-3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a04v26s1.pdf>. Acesso em: julho de 2013.

4. Nanda Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008/ North American Nursing Diagnosis Association; Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008.

5. Nascimento EC, Justo JS. Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social. Psicol Reflex Crit. 2000: 13(3): 529-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v13n3/v13n3a20.pdf>. Acesso em: julho de 2013.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A RELEVÂNCIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE VIVÊNCIA ACADÊMICA

# THE RELEVANCE OF CONSULTATION OF NURSING IN BASIC HEALTH UNIT: REPORT OF ACADEMIC EXPERIENCE

# LA IMPORTANCIA DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD BÁSICA DE SALUD: INFORME DE LA EXPERIENCIA ACADÉMICA

CAROLLO, Jéssica Baldissera1
SCHIMITH, Maria Denise2

1 Acadêmica do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista PROBIC/FAPERGS. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Trabalho e gestão em enfermagem e saúde. E-mail: jeh_bc8@yahoo.com.br
2 Enfermeira. Doutora em Ciências (UNIFESP). Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem de UFSM.

**Introdução:** No Brasil, a Consulta de Enfermagem (CE) foi legalizada com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem No 7.498, em junho de 1986. Esta lei regulamentou a prescrição de enfermagem e a consulta de enfermagem como funções privativas do enfermeiro[1]. A CE é uma atividade essencial do enfermeiro no processo de assistência ao paciente e só terá eficiência quando realizada de maneira adequada, pois além de gerar autonomia e realização profissional, fortalece o acolhimento entre o enfermeiro e usuário. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é muito utilizada na CE, com a finalidade de organizar o trabalho em ações que podem ser implementadas para tornar possível a operacionalização do processo de enfermagem[2]. Nas unidades básicas, o acadêmico tem a oportunidade de acompanhar a rotina dos profissionais, observando se a SAE é um dos métodos utilizados durante as consultas de enfermagem, além participar das atividades administrativas e assistenciais, em especial a do enfermeiro. Nesse sentido, visando aprimorar o conhecimento técnico científico na área de Saúde Coletiva, foi escolhido uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos saberes de enfermagem na Atenção Básica. A CE como prática significante para a promoção e prevenção da saúde, foi o enfoque principal deste trabalho, tendo em vista a resolutividade que apresenta frente às necessidades da população. Dentre os procedimentos realizados pelo enfermeiro na UBS, a CE vem sendo o melhor instrumento para a promoção, prevenção e tratamento de doenças. A principal finalidade da consulta de

enfermagem é proporcionar um vínculo do profissional enfermeiro com o usuário, além de satisfazer as necessidades do paciente, família ou comunidade. Este trabalho tem o objetivo de relatar o que foi vivenciado durante as CE em uma UBS no município de Santa Maria/RS, por meio do Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN) vinculado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). **Metodologia:** O presente trabalho trata-se de um relato de experiência vivenciado no Centro Social Urbano, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), por uma acadêmica do 4º semestre do curso de enfermagem da UFSM, que contempla as atividades propostas pelo PROFCEN. Este programa possibilita ao aluno desenvolver vivências em diversas instituições de saúde, proporcionando subsídios para seu crescimento profissional. A vivência foi realizada no mês de fevereiro de 2011, no turno da manhã, totalizando uma carga horária de cento e vinte horas, sendo acompanhada em tempo integral com a supervisão da Enfermeira Responsável Técnica pelo serviço de enfermagem da UBS e orientação de uma enfermeira docente do curso de Enfermagem da UFSM. **Resultados**: No decorrer da vivência na UBS, foram realizadas práticas rotineiras do trabalho do profissional enfermeiro em especial a CE. Esta atividade é realizada privativamente pelo enfermeiro da UBS ao usuário, na qual são identificados problemas de saúde e/ou doenças, prescritas e implementadas medidas de enfermagem com o objetivo de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do mesmo. Durante a realização das consultas de enfermagem notou-se que quando efetuada de forma contextualizada e participativa, propiciou condições favoráveis tanto ao usuário quanto ao profissional enfermeiro. Outro ponto positivo foi o interesse da enfermeira pelo paciente em transmitir as informações de forma clara para que não houvesse equívocos quanto às orientações. Foi percebida, ainda, a busca por uma assistência eficiente por parte da enfermeira, por meio da criação de vínculos e confiança, priorizando a cura e prevenção. Ao realizar o cadastro na unidade o enfermeiro realiza a CE, através da orientação quanto ao cuidado, prevenção e promoção da saúde, aproveitando também para solicitar exames complementares, prescrevendo e transcrevendo medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e disposições legais da profissão[3]. É importante salientar que o cadastramento dos pacientes auxilia o profissional (enfermeiro) na hora da CE, pois o cadastro é um arquivo contendo informações precisas dos pacientes da UBS facilitando a prevenção ou promoção da saúde realizada pelo enfermeiro. Nesse contexto, tem-se que a CE é um processo de interação entre o enfermeiro e paciente, na busca da promoção da saúde, da prevenção de doenças e limitação do dano. É uma proposta metodológica com o intuito de sistematização da assistência de enfermagem, fundamentada no método científico, composto por seis etapas que se inter-relacionam entre si, objetivando a prática do cuidado. As etapas do processo de enfermagem são: o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico[4-5]. Frente a estas premissas, a enfermeira da unidade demonstrou segurança e capacitação frente às orientações realizadas, assegurando a qualidade da assistência. Porém, destaca-se o fato da profissional

não possuir local adequado e privativo para a realização do atendimento completo com execução de exame físico inclusive. Esta atividade privativa do enfermeiro deve ser bem utilizada e aproveitada, pois é por meio do diálogo que o profissional pode interagir com o paciente, passando a conhecer quais as suas principais dificuldades e problemas, a fim de prestar assistência adequada ao usuário. **Conclusões:** A SAE traz consigo a Consulta de Enfermagem como estratégia de trabalho científico. A partir disto, o enfermeiro é capaz de identificar a presença de diversas doenças que afetam os pacientes e, assim, estabelecer ações de cuidado e medidas de intervenção, visando a reabilitação do doente, a prevenção e promoção da saúde. Diante da vivência realizada na UBS, percebeu-se que a CE mostrou-se eficaz para o profissional e para o usuário. A teoria, por vezes destoa da prática de enfermagem, pois há situações em que o profissional da saúde precisa agir diante das limitações presentes no serviço de saúde, de maneira criativa, e ao mesmo tempo, ética e legal, utilizando seus conhecimentos para intervir, tanto em relação à falta de estrutura física, falta de materiais e instrumentos, demanda excessiva, e sendo resolutiva no que se refere às necessidades dos usuários. Este trabalho foi importante para a formação profissional, pois o seu desenvolvimento permitiu a aquisição de conhecimentos essenciais para a compreensão do papel do enfermeiro, mais especificamente, na CE. Possibilitou, ainda, a construção de novos saberes quanto esta temática que vem sendo muito discutida, mas ao mesmo tempo apresenta poucos estudos a cerca de sua relevância.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE

**Descritores:** Processos de enfermagem; Enfermagem; História da enfermagem.

**REFERÊNCIAS**

1 Brasil. Lei N.º. 7498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1; p. 1.

2 Carvalho SC, Silva CP, Ferreira LS, Corrêa AS. Reflexo da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na consulta de enfermagem. Revista Rede de Cuidados em Saúde [Internet]. 2008 [acesso em 2012 jul 10];2(2). Disponível em: http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/91

3 Brasil. Ministério da saúde. Guia Prático do Programa de Saúde da Família [Internet]. Brasília - MS; 2001[acesso em 2012 abr 20]. Disponível em: http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf

4 Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1979. p. 99.

5 Kletemberg DF, Siqueira MTD, Mantovani MF, Padilha MI, Amante LN, Anders JC. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [acesso em 2012 abr 20];63(1):26-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000100005&script=sci_arttext.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO IMEDIATO

# NURSING DIAGNOSIS POSPARTUM

# DIAGNÓSTICO DE ENFERMARIA POSPARTO

SILVA, Tatiana Gaffuri[1]
SILVA, Sílvia[2]
ZENEVICZ, Leoni CPF[3]

1 Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde Humana, docente da Universidade Federal da Fronteira Sul. tatiana.silva@uffs.edu.br
2Enfermeira, Mestre em Enfermagem, docente da Universidade Federal da Fronteira Sul. silvia.silva@uffs.edu.br,
3 Enfermeira, Doutora em Gerontologia, docente da Universidade Federal da Fronteira Sul. leoni.zenevicz@uffs.edu.br.

**Introdução:** Ao longo dos anos a enfermagem vem buscando caminhos que a conduzam a uma definição mais clara de seu papel e de suas responsabilidades profissionais, procurando desenvolver e aprimorar na práxis formas sistemáticas de cuidar, através de um método e de uma linguagem própria. Muitos estudos vem sendo realizados nos diferentes campos de atuação da enfermagem, priorizando a utilização da sistematização da assistência com o objetivo de ordenar e direcionar o trabalho e cuidado oferecido aos clientes[1]. O processo de cuidar na enfermagem obstétrica na fase do puerpério possibilita ao enfermeiro a oportunidade de participar e de contribuir para os ajustamentos fisiológicos e psicológicos presentes neste período onde os riscos de complicações, como hemorragias e tromboembolismos exigem atenção rigorosa dos profissionais a fim de preveni-los ou detectá-los evitando complicações sérias e definitivas. Além destas alterações, o peurpério é marcado por fadiga, sonolência, fragilidade e labilidade emocional. Nessa perspectiva utilizar o processo de enfermagem como instrumento de trabalho possibilita desenvolver um cuidado direcionado à satisfação das necessidades da puérpera através de uma relação baseada no conhecimento científico e no zelo do profissional para com a usuária. Diante do exposto este estudo busca identificar quais os diagnósticos de enfermagem em puérperas internadas na Clínica Obstétrica de um Hospital do Oeste Catarinense. **Objetivo:** Conhecer os principais diagnósticos de enfermagem de puérperas entre 20 e 35 anos, internadas na clinica obstétrica de um hospital do Oeste catarinense. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo que se propôs investigar quais os diagnósticos de enfermagem

mais freqüentes no puerpério imediato de puérperas entre 20 e 35 anos internadas na clinica obstétrica de um Hospital do Oeste Catarinense, com 17 leitos, destinados a internação de gestantes e puérperas com convênio pelo Sistema Único de Saúde e demais convênios. Inicialmente o trabalho foi enviado ao Comitê de Ética da UnC - Concórdia, foi aprovado conforme o parecer consubstanciado número 718/09. Após apresentação e aceite da proposta de estudo pela Direção Administrativa do referido Hospital iniciou-se a pesquisa através de visitas semanais feitas na clinica obstétrica. Como critério de inclusão definiu-se: puerperas internadas na Clínica Obstétrica com faixa etária entre 20 e 35 anos; encontrar-se no período do puerpério imediato e aceitar participar do estudo. Para a escolha da amostra optou-se pelo sorteio diário de duas puérperas até completar o total de 20 usuárias.O estudo contemplou as duas primeiras etapas do processo de enfermagem (Histórico e diagnóstico de enfermagem) fundamentado na teoria das Necesidades humanas básica de Horta (1979). **Apresentação e análise de dados:** Dentre os diagnósticos de enfermagem identificados encontrou-se com 100% de freqüência dor aguda, integridade da pele prejudicada, e risco para infecção. O puerpério imediato é um período marcado por fragilidade, uma vez que logo após o parto normal ou cesáreo, a capacidade resolutiva o desconforto ou dor são comuns. Nesta fase se a dor for identificada e aliviada precocemente, a mulher terá maior disposição para amamentar e recepcionar seu filho nesta fase tão importante e única de sua vida. Considerando a integridade da pele prejudicada e o risco para infecção, ressalta-se que no pós parto a vulva e o períneo, apresentam-se traumatizados e sensíveis, devido à episiotomia ou lacerações, mesmo não havendo suturas o períneo deve ser visto como um acesso a cavidade uterina, portanto deve ser protegido das infecções[2]. Nas mulheres que fizeram parto cesáreo além do risco de infecção há o risco de deiscência de sutura pelos movimentos e esforços exigidos para o cuidado do recém nato. Estes dados no processo de cuidar são valiosos no sentido de orientar a puérpera sobre a importância da manutenção de uma boa higiene, alimentação balanceada a fim de promover um processo cicatricial adequado, evitar constipação intestinal e infecção[2]. Percebe-se que a obtenção ampla e sistematizada de dados gera informações fundamentais para o desempenho das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, para o desenvolvimento do raciocínio clínico e identificação das respostas do cliente que comprometem ou poderão comprometer a saúde e o bem-estar dos mesmos, expandindo os limites da tomada de decisão e orientando o cuidado para o alcance dos resultados esperados para a saúde[3]. **Conclusão**: A identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes no puerpério imediato, facilita a elaboração de roteiros de investigação de enfermagem que permitem reconhecer necessidades humanas não satisfeitas e determinar intervenções individualizadas que atendem as necessidades dos usuários. Evidencia-se a importância do enfermeiro desenvolver um cuidado sistematizado, organizado através de um método de trabalho que permite avaliar o usuário individualizado, pois cada puérpera, com sua singularidade revela sensações próprias de dor, alegria, medo, insegurança, incerteza e dúvida. A utilização do processo de enfermagem como método do cuidar, aprimora o raciocínio clinico e a

qualidade da assistência oferecida. Além disso, a sistematização da assistência de enfermagem possibilita a documentação e registro do plano de cuidados, vai ao encontro da lei do exercício profissional, desvincula o trabalho do enfermeiro de tarefas burocráticas, assegura o exercício da enfermagem centrado na assistência, amplia o cuidado para além da doença, reduz o tempo despendido pela enfermagem no registro de informações ( quando informatizado), favorece o emprego da tecnologia como ferramenta de trabalho e da tecnologia como ferramenta auxiliar para o planejamento da assistência e prescrição das intervenções de enfermagem . Percebe-se que a utilização de um método sistemático para oferecer os cuidados de enfermagem é o meio de proporcionar ao cliente, quer seja ele, indivíduo, família ou comunidade, um cuidado individualizado que vai ao encontro de suas necessidades.

**Área temática**: Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE.

**Descritores:** enfermagem obstétrica, materno infantil e holística.

**Referências:**

MONTENEGRO, Carlos A.B. e RESENDE, Jorge de. **Obstetrícia Fundamental**. 12º Ed. R.J. Guanabara Koogan, 2011.

MURRAY, W. Enkin ET AL. **Guia Para Atenção efetiva na gravidez e no Parto**. 3º Ed. R.J. Guanabara Koogan, 2005. TANNURE, Meire Chucre;

PINHEIRO, Ana Maria. **SAE: sistematização de assistência de enfermagem:** guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA IMPLEMENTAÇÃO EM UM SERVIÇO HOSPITALAR

# SYSTEMATIZATION ASSISTANCE OF NURSING: ISSUES AND PROSPECTS FOR IMPLEMENTATION IN A HOSPITAL SERVICE

# SISTEMATIZACIÓN DE ASISTENCIA DE ENFERMERÍA: PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SERVICIO DE HOSPITAL

CARVALHO, Lisa Antunes1
STOFEL, Natália Sevilha2
AMESTOY, Simone Coelho3
BARBOZA, Michele Cristiene Nachtigall 4

1Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem e Pós-graduação em Enfermagem em UTI da Faculdade Anhanguera/Pelotas. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Marechal Rondon/PR e Pós-graduanda em Enfermagem Cardiológica pela Faculdade Integrada de Brasília/DF. E-mail: lisa.carvalho@aedu.com
2 Enfermeira. Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professor Adjunto do Departamento e do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.
4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade de Rio Grande, Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

**Introdução:** O exercício da prática profissional do enfermeiro deve ser fundamentado em metodologia de trabalho científica para que suas atividades sejam sistematizadas e organizadas. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um instrumento de trabalho privativo do enfermeiro e possibilita-lhe alcançar resultados que são de sua competência e responsabilidade, bem como desenvolver ações que modificam o estado de saúde-doença do ser humano, sendo uma metodologia que permite organizar e sistematizar o cuidado com base nos princípios do método científico. Trata-se de metodologia ordenada, contínua e crítica para a coleta e análise de dados sobre as necessidades do ser humano com o intuito de restaurar sua saúde [(1)]. O trabalho sistematizado e organizado evidencia a capacidade da enfermagem em produzir novos conhecimentos, bem como planejar e coordenar de forma autônoma sua prática [(2)]. Conforme a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem [(3)] cabe ao enfermeiro privativamente a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, além disso, que a implantação da SAE deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada e que a

mesma deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente /cliente /usuário. Dessa forma, todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem participam da assistência por meio de suas competências que são específicas, respeitando-se os aspectos legais, que são envolvidos no processo[3]. **Objetivos:** apresentar os desafios e perspectivas vivenciadas pelos enfermeiros, no processo de implementação da SAE em um serviço hospitalar. **Metodologia**: Tratase de um relato de experiência, construído a partir da vivência de enfermeiros na implementação da SAE em um hospital de médio porte localizado em Pelotas, Rio Grande do Sul. Em um primeiro momento foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o assunto adotando a Teoria de Wanda de Aguiar Horta das Necessidades Humanas Básicas para fundamentar o trabalho, além de ser uma exigência do Conselho Federal de Enfermagem sendo esta uma é parte importante de qualquer planejamento, ter conhecimento do que vem sendo produzido na área. O referencial teórico do Processo de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta [4] trata-se de um conjunto de ações sistematizadas e relacionadas entre si, visando principalmente à assistência ao cliente, aumentando a competência técnica da equipe e padronizando o atendimento, melhoria das condições de avaliação do serviço de enfermagem e na identificação de problemas, permitindo assim o estabelecimento de prioridade para intervenção direta do enfermeiro no cuidado [4]. Sendo assim, elaborou-se um projeto piloto informatizado, utilizando registros específicos criados pelo Serviço de Educação Continuada juntamente com a Gerencia de Enfermagem estando nele inseridos aspectos como: modelos de histórico de enfermagem, anotação de enfermagem para uso do profissional técnico de enfermagem ao cliente admitido, evolução de enfermagem a ser utilizada pelo enfermeiro e cadastro dos principais diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis (NANDA) no sistema de informática da instituição e, para cada dez diagnósticos de enfermagem foram vinculados intervenções de enfermagem baseados na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e da Classificação os Resultados de Enfermagem (NOC) esperados [5]. A implantação e implementação do projeto piloto foi realizada junto aos oito enfermeiros das unidades de tratamento intensivo e coronariana de um Hospital Geral de Médio Porte do Extremo sul do País, que juntas contam com vinte leitos no período de março a junho de 2013. **Resultados:** Na avaliação deste instrumento alguns desafios foram pontuados pelos enfermeiros envolvidos abordando aspectos como: o maior desafio referido por todos os profissionais foi a dificuldade de encontrar tempo para realizar o histórico de enfermagem proposto (histórico baseado em padrões funcionais de múltipla escolha) frente às múltiplas atividades dos enfermeiros, as rotinas e tarefas inerentes às unidades. Três dos profissionais colocaram ter total desconhecimento de como utilizar corretamente o diagnóstico de enfermagem da NANDA, dificuldades referidas quanto à busca nos livros de qual diagnóstico de enfermagem seria o melhor em determinadas situações, fatores relacionados e suas definições bem como realizar a prescrição de enfermagem norteada pela NIC que atenda as necessidades do cliente dentro da UTI Geral e Coronariana. Outro desafio foram dúvidas que surgiram quanto ao exame físico, principalmente no que se refere à ausculta

cardíaca, pulmonar e nomes de sinais específicos de dor e a interpretação do eletrocardiograma seno essa etapa imprescindível para o levantamento dos problemas de enfermagem. No sentido de superar as dificuldades apontadas o Serviço de Educação Continuada além de realizar a contínua avaliação e adequação da SAE para a realidade hospitalar e das referidas unidades, trabalha em contato direto com estas para sanar dúvidas mais pontuais. A visita nas unidades é periódica e o contato com os enfermeiros são constantes, disponibilizando capacitações, livros e outras fontes para que todos se tornem competentes e comprometidos para implantar a SAE em seu ambiente de trabalho. A implementação da SAE é feita em parceria com todos os enfermeiros e os modelos de registros são modificados sempre que necessário até que o melhor modelo de registros das etapas do Processo de Enfermagem seja definido a fim de atender as expectativas do cliente no que se refere ao atendimento de qualidade. Neste processo, ainda com todas as dificuldades apontadas, os enfermeiros envolvidos reconhecem a importância da SAE para a categoria como um todo e para a qualidade do cuidado oferecido ao cliente. **Conclusões**: Adotar uma filosofia institucional que valorize o cuidado integral e interdisciplinar ao paciente, definir o papel do enfermeiro na organização de modo a comprometê-lo a utilizar a SAE como instrumento de trabalho, o interesse da equipe em implementar as intervenções prescritas, a formação profissional capaz de originar resultados positivos, assim como conhecimento teórico e prático são fatores indispensáveis para o sucesso da adoção de tal metodologia. Com isto, implantar a SAE de modo institucional demanda ações estratégicas. Encontrar caminhos que sustentem a prática profissional é responsabilidade de cada enfermeiro e a tecnologia computacional é um instrumento factível. Portanto, diante do cuidado especializado e complexo que o enfermeiro desenvolve a sistematização e organização do seu trabalho e, por conseguinte, do trabalho da equipe de enfermagem, mostra-se imprescindível para um cuidado de qualidade, com eficiência e eficácia. Para o sucesso da implementação da SAE faz-se necessário que todos tenham seus papéis definidos desde o início do planejamento, pois somente o comprometimento e participação proporcionam que haja identificação com a ideologia e responsabilidades com as etapas.

Á**rea temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE**.**

**Descritores:** Enfermagem; Educação continuada; Serviços de Saúde

**Descriptors:** Nursing; Continuing Education; Health Services

**Descritptores:** Enfermería; Educación Continua; Servicios de Salud

**REFERÊNCIAS**

1. Rossi SI, Casagrande, LDR. Processo de enfermagem: a ideologia da Rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo TI, et al. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

2. Aquino DR, Lunardi WD. Construção da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI. Cogitare enfermagem**,** 2004.

3. Conselho Federal de Enfermagem- COFEN (Brasil) Resolução COFEN 272/2002. Disponível em: http:// www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?Article ID=7100&sectionI=34. Acesso em 14 junho 2013.

4. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

5. Johnson M. et AL. Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Tradução de Regina Machado Garcez- 2 ed.. Porto Alegre: Artmed, 2009.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO: concepções e ações dos trabalhadores da atenção primária

# VIOLENCE AGAINST WOMEN PROFESSIONAL SEX: conceptions and actions of employees of primary

# VIOLENCIA CONTRA LA MUJER sexual profesional: concepciones y acciones de los empleados de primaria

BORTOLI, Vanessa da Silva[1]
SCHONS, Vanessa Fátima[2]
ARBOIT, Jaqueline[2]
HIRT, Maiara Carmosina[2]
GEHLEN, Rubia Geovana Smaniotto[2]
KISTER, Danimara Rocheli Iauer[2]
COSTA, Marta Cocco[3]

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem. E-mail: vanessa.bortoli@hotmail.com. Relatora do Trabalho.
2. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem. Co-autoras do Trabalho.
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Orientadora do trabalho.

**INTRODUÇÃO:** No contexto mundial, a violência, em todas as suas formas, caracteriza-se como uma das principais causas de mortes de pessoas com idade entre 15 e 44 anos. Embora existam diferentes tipos de violência - contra si mesmo, interpessoal e coletiva - ela ocorre de modo diferenciado para homens e mulheres. Enquanto o homem sofre violência nas ruas e nos espaços públicos, geralmente praticada por outro homem, a mulher sofre com a violência nos âmbitos doméstico, privado, em suas relações de trabalho e na sociedade[1]. Essa problemática apresenta-se de diversas formas na sociedade e atinge de maneira diferenciada os diversos grupos populacionais. Entretanto, a violência em seus aspectos sociais é um fenômeno passível de prevenção. A tipificação da violência torna-se fundamental no sentido de orientar a adoção de medidas estratégicas de prevenção e promoção de comportamentos não violentos[1]. A violência contra mulher, também designada como violência de gênero, acontece mundialmente e em mulheres de todas as

idades, graus de instrução, classes sociais, raças, etnias e orientação sexual. No que tange aos aspectos da violência física, sexual e psicológica, a violência está atrelada ao poder, em que o domínio dos homens sobressai sobre as mulheres[1]. No que diz respeito às profissionais do sexo, a violência é apontada como um fator contribuinte para a inserção de algumas mulheres na prostituição segundo estudo realizado, aponta-se que o ambiente familiar, que deveria ser um lugar de segurança, muitas vezes foi o cenário de diversos tipos de violência, especialmente sexual, seja por parceiro ou até mesmo pelo pai, na forma de estupro[2]. Uma das consequências para aquelas que sofrem violência consiste nas manifestações de ordem psíquica. Desta forma, consideram-se necessárias ações que visem à manutenção, bem como o restabelecimento da saúde mental das profissionais do sexo que sofrem violência, como forma de prevenir e identificar precocemente predisposições a transtornos psíquicos, conforme Aquino, Nicolau e Pinheiro[2] que em seus estudos evidenciaram uma maior predisposição a depressão e suicídio entre as profissionais que sofreram violência. Para entender melhor o significado de profissional do sexo, a prática de profissional do sexo e/ou prostituição é definida como a "venda" do corpo, como a troca de favores sexuais por interesses não sentimentais ou afetivos e a troca do ato sexual por dinheiro, favorecimento profissional, bens materiais e informações[3]. As profissionais frequentemente vivenciam ou vivenciaram situações de violência em seu cotidiano de trabalho. Swain[4] menciona a questão da banalização e naturalização da prostituição. Enquanto as mulheres violentadas são usualmente encaminhadas para um acompanhamento psicológico, as prostitutas não têm um referencial a quem procurar quando sofrem a violência. Esse fato deve-se em parte pela concepção equivocada de que esta é uma prática comum e natural em seu ambiente de trabalho; e em parte pela inexistência de políticas públicas que amparem as profissionais em casos de violência. As profissionais do sexo têm recebido pouca atenção dos órgãos de saúde pública e pesquisadores da área da saúde no Brasil. Com isso, desconhece-se as dimensões dessa problemática, bem como os aspectos ligados a vulnerabilidade a violência a que são submetidas, sendo esse conhecimento fundamental para orientação de programas e ações preventivas/promocionais de saúde[5]. **OBJETIVOS:** Esta pesquisa tem como objetivo geral conhecer e analisar as concepções dos profissionais da saúde frente às situações de violência vivenciada pelas profissionais do sexo, e as ações de cuidado desenvolvidas por este setor frente a essa problemática, em um município da região Noroeste do Rio Grande do Sul. **METODOLOGIA:** Este estudo delineia-se como descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. O campo de estudo será o município de Palmeira das Missões, localizado na região norte do Rio Grande do Sul, sendo o cenário específico de estudo constituído pelos serviços básicos de saúde do município na área urbana. As unidades de saúde da coleta serão representadas pelas cinco unidades de Estratégia de Saúde da Família, um Centro de Saúde e a Secretaria de Saúde (FUNHPAM). Os participantes do presente estudo serão os trabalhadores da saúde vinculados aos serviços de saúde, utilizando como critérios de inclusão, estar trabalhando no serviço de saúde no momento da coleta de dados e estar há mais de seis meses

desenvolvendo atividades no local. Opta-se pelos seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A etapa de coleta de dados será iniciada logo após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sendo norteada pelas recomendações prevista na Resolução 196/96 e após a anuência dos participantes do estudo. Depois de aprovado, será realizado um contato prévio com os profissionais que trabalham nos serviços de saúde do município para agendamento das entrevistas e escolha do melhor horário e local para realizá-las. A coleta de dados dar-se-á por meio de entrevista semiestruturada, utilizando como instrumento de pesquisa, um roteiro de entrevista com perguntas abertas e fechadas para os profissionais dos serviços de saúde. Para análise dos dados utilizar-se-á Análise Temática de Conteúdo de Minayo. Será observado rigorosamente o que consta na Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 (196/96) do Conselho Nacional da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. **RESULTADOS:** Por se tratar de uma nota prévia, destaca-se que o estudo encontra-se na fase de análise dos dados. **CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES:** A discussão desta temática é de fundamental importância, uma vez que essa classe de trabalhadoras, acaba ficando (des)assistida pelas políticas públicas de saúde e pelo setor saúde, tendo em vista que essas mulheres, assim como quaisquer outras necessitam de ações direcionadas à sua saúde, o respeito aos seus direitos humanos, bem como o direito de dizer não à violência. Esta pesquisa trará maior conhecimento e compreensão sobre as concepções dos profissionais da saúde em relação às situações de violência vivenciadas pelas profissionais do sexo, bem como os desafios do setor de saúde em desenvolver ações de cuidado a esse grupo. Também poderá favorecer a criação de um diálogo entre o setor saúde e essas mulheres, estimulando a discussão e a formulação de práticas e programas voltados à promoção e prevenção às situações de vulnerabilidade as quais as profissionais do sexo estão constantemente expostas.

**ÁREA TEMÁTICA:** Redes

**DESCRITORES:** Atenção Primária de Saúde; Violência contra a mulher; Enfermagem

**DESCRIPTORS:** Primary Health Care; Violence against women; Nursing

**DESCRITORES:** Atención Primaria de Salud, Violencia contra la Mujer; Enfermería

**REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Programa de Prevenção. Assistência e Combate à Violência Contra Mulher- Plano

Nacional: Diálogos sobre a violência doméstica e de gênero: construindo Políticas para as Mulheres, 2003, 68p.

2. Aquino OS, Nicolau AIO, Pinheiro AKB. Desempenho das atividades de vida de prostitutas segundo o Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn.** Brasília 2011 jan-fev; 64(1), 138-144.

3. Duarte, BN. As mulheres boas vão para o céu, as mulheres más vão para qualquer lugar: a representação social da prostituição na hotelaria de Juiz de Fora-MG, **Caderno Virtual de Turismo**, Vol. 9, Núm. 3, 2009, pp. 88-101.

4. Swain TN. **Banalizar e naturalizar a prostituição: violência social e histórica,** Unimontes científica, Montes Claros, v.6, n.2 - jul./dez. 2004.

5. Passos ADC, Figueiredo JFC. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(2):95–101.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES RURAIS: CONHECENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA UM GRUPO DE IDOSAS

# VIOLENCE AGAINST RURAL WOMEN: UNDERSTANDING THE SOCIAL REPRESENTATIONS FOR A GROUP OF ELDERLY

# LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES RURALES: COMPRENDER LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE UN GRUPO DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA

HIRT, Maiara Carmosina1
ARBOIT, Jaqueline 2
COSTA, Marta Cocco3
MASSARIOL, Ana Maria4
LEITE, Marinês Tamabara5
RESTA, Darielli Gindri6.

1. Acadêmica do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem UFSM. E-mail: maiara_hirt@hotmail.com.
2. Acadêmica do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem UFSM.
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões.
4. Acadêmica do III semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem UFSM.
5. Enfermeira. Doutora em Gerontologia Biomédica. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, Campus de Palmeira das Missões. Tutora do Programa de Educação Tutorial (PET) de Enfermagem.
6. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões.

**Introdução:** Este resumo trata-se de uma nota prévia de um estudo que visa discutir a temática da violência contra mulheres idosas que residem em área rural. Considera-se que uma das problemáticas enfrentadas ao longo do processo de envelhecimento humano se refere à violência, a qual se constitui como parte da história da humanidade desde os tempos remotos[1]. A violência contra a pessoa idosa perpassa todos os atores envolvidos em

seu cuidado como os familiares e profissionais, bem como os serviços de saúde que a assistem[1]. A temática da violência é tratada por alguns autores como o topo de um iceberg, exigindo maiores estudos, pois combina as tipologias da violência perpetrada, situações de vulnerabilidade e particularidades do agressor[1]. As consequências da violência podem ser identificadas sob várias formas, dentre elas, mortes, lesões não fatais que podem advir de autoagressões, agressões interpessoais ou coletivas[2]. De acordo com os mesmos autores, algumas das causas da violência são de fácil reconhecimento, e outras estão estreitamente ligadas aos valores sociais, culturais e econômicos. Neste contexto, a área da saúde pública, desde o ano de 1980, vem manifestando interesse pelo estudo da violência, buscando entender suas causas e formas de prevenção, de modo a reduzir seus índices[2]. Neste cenário, situando o contexto rural, tal problemática agrava-se devido aos aspectos de geração e gênero, como também das dificuldades de acesso e acessibilidade aos serviços sejam de saúde, educação, assistencial social. Alia-se a isso, a teoria das Representações Sociais para apreensão dos significados, pois devido seu caráter plurimetodológico, os dados são coletados e analisados, possibilitando que, por meio de um conjunto de técnicas, seja possível apreender a magnitude do fenômeno em estudo, neste caso, da violência3. Neste sentido, sistematiza uma conceituação para discutir o pensamento social em seu contexto e em sua heterogeneidade, numa perspectiva de não fragmentação do sujeito social do seu contexto, assim como a construção desse saber não pode se desvincular da subjetividade[4]. colagem, em que os sujeitos poderão expressar pensamentos e significados acerca da violência, permitindo a objetificação. Para a ancoragem, será solicitado às idosas que exponham verbalmente os conhecimentos sobre o fenômeno. As oficinas serão gravadas em áudio e as observações registradas em diário de campo. Ainda, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, as quais terão agendamento prévio e acontecerão nos domicílios dos sujeitos, devendo ser gravada, garantindo a autenticidade dos dados. Para tal será utilizado um roteiro de entrevista com base nas questões problema referente à pesquisa. Na análise dos dados utilizar-se-á o referencial teórico das Representações Sociais, seguindo os seguintes passos metodológicos[5]:1º momento - objetificação: mediante processo de tornar real algo pensado, através da colagem, possibilita-se a formação dos núcleos figurativos, correspondentes aos temas que possuem a propriedade de serem representados e que expressam a concretude da ideia; 2º momento - ancoragem: corresponde à interpretação dos participantes sobre o material produzido nas colagens, atribuindo um significado à imagem por eles produzida. Tal momento permite a coleta de simbolizações e percepções a partir dos relatos verbais sobre os conhecimentos a respeito do fenômeno em questão; em sequência, são identificados os temas que representam esse conhecimento, constituindo-se os núcleos simbólicos; 3º momento - validação pelos participantes das configurações dadas pelo pesquisador à representação social da violência contra mulheres rurais idosas, confirmando ou não a identificação de núcleos dessa representação[5]. O 4º momento prevê a sistematização das informações, agrupando os temas de destaque em núcleos figurativos e núcleos simbólicos[5]. Posteriormente, à luz do

referencial teórico, é estabelecida a ancoragem acerca da representação social da violência para mulheres rurais idosas. A coleta de dados terá início após o aceite do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, respeitando os aspectos éticos previstos na Resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Os materiais resultantes da pesquisa serão armazenados pelo período de cinco anos junto ao Departamento de Ciências da Saúde da UFSM, campus de Palmeira das Missões, e após este período serão destruídos. **Resultados principais**: Os resultados alcançados com este estudo poderão possibilitar a ampliação de conhecimentos teóricos acerca da violência contra as mulheres idosas residentes no meio rural, contribuindo para a compreensão das representações da violência para estas. **Conclusões**: A partir deste estudo poderão ser repensadas práticas intersetoriais, especialmente, no campo da saúde de enfrentamento da violência, direcionadas a este grupo populacional que se encontra em situação de maior vulnerabilidade, em se tratando dessa problemática.

**Área temática:** Redes.

**Descritores:** Violência contra a Mulher; Saúde da População Rural; Idosas; Atenção Primária em Saúde.

**Descriptors:** Violence against Women; Rural Health; Elderly; Primary Health Care.

**Descriptores:** La Violencia contra las Mujeres; Salud Rural; Anciano; Atención Primaria de Salud.

**Referências**

1. Sanches APRA, Lebrão ML, Duarte YAO. Violência Contra Idosos: uma questão nova? **Saúde Soc,** São Paulo, 2008;17(3): 90-100.

2. Dahlberg LL, krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007; 11( sup): 1163-1178.

3.Pereira C. A análise de dados nas representações sociais. **Análise Psicológica.** [Internet], 1997;1(15): 49-62. Disponível em: < http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v15n1/v15n1a05.pdf>.

4. Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, 2002;117: 127-147.

5. Padilha MICS. **Representações sociais:** aspectos teórico-metodológicos. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo; 2001.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO DISPOSITIVO ESTRATÉGICO PARA A REINSERÇÃO SOCIAL DO INDIVÍDUO

# PSYCHOSOCIAL CARE CENTER AS STRATEGIC DEVICE FOR SOCIAL REINCORPORATION GUY

# CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL COMO DISPOSITIVO ESTRATÉGICO DE INDIVIDUO REINSERCIÓN SOCIAL

HIRT, Maiara Carmosina1
ARBOIT, Jaqueline2
SCHONS, Vanessa Fátima2
BORTOLI, Vanessa da Silva2
GEHLEN, Rubia Geovana Smaniotto2
ROESSLER, Gabriela Andreatta3
HILDEBRANDT, Leila Mariza4

1Acadêmica do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus de Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem UFSM. E-mail: maiara_hirt@hotmail.com.
2Acadêmicas do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus de Palmeira das Missões. Bolsistas do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem UFSM.
3Acadêmica do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus de Palmeira das Missões.
4Enfermeira. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Docente da Universidade Federal de Santa Maria, Campus de Palmeira das Missões.

**Introdução:** Com o advento da Reforma Psiquiátrica, movimento pautado na reorganização do modelo assistencial na área da saúde mental, surgem serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial. Estes visam assistir usuários e sua família em um território delimitado, a partir do desenvolvimento de ações que contemplem acompanhamento do quadro clínico, na perspectiva de reinserir socialmente os indivíduos em situação de adoecimento mental[1]. No Brasil, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial iniciou suas atividades em meados da década de 80, na cidade de São Paulo, o qual recebeu o nome Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em resposta a luta de um movimento social. O referido movimento contava, primeiramente, com profissionais da área da saúde

mental, os quais estavam insatisfeitos com a situação de precariedade que se encontravam os hospitais psiquiátricos que, naquela época, ainda se configurava enquanto o único serviço de cuidado aos sujeitos portadores de transtornos mentais1, atendendo em regime asilar, de longa permanência[2]. Neste contexto, ao contrário da assistência em hospital psiquiátrico, o trabalho desempenhado pelo Centro de Atenção Psicossocial tem possibilitado que o usuário realize seu tratamento e acompanhamento em proximidade direta com seus familiares, o que, na maioria das vezes, facilita o processo de reabilitação. Desta forma, dentre as atribuições deste serviço, podem ser citadas a realização da assistência em caráter diário a usuários com doença mental severa e persistente, desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais e controle da saúde mental na Atenção Primária em Saúde[1]. As atividades implementadas pelo Centro de Atenção Psicossocial perpassam a sua estrutura física, buscando atuar junto à rede de amparo social dos usuários do serviço e entendendo o indivíduo em suas particularidades, cada um com sua história, cultura e vida diária distintas[1]. Ainda, os Centros de Atenção Psicossocial se constituem como referência na assistência a usuários de serviços de saúde de outra natureza, urgências psiquiátricas ou advindos da internação hospitalar, construindo uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental[3]. Além disso, o Centro de Atenção Psicossocial estimula o comprometimento da família/cuidadores com o usuário doente a partir de uma atuação conjunta com a equipe de profissionais deste serviço, o que tem mostrado resultados efetivos na melhora do estado de saúde mental do indivíduo[4]. **Objetivo:** O presente estudo objetiva discorrer acerca das vivências de acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões, a partir da análise do papel do Centro de Atenção Psicossocial na reabilitação social de portadores de sofrimento psíquico. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido a partir das atividades teórico-práticas da disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto em situações Críticas de Vida, realizadas em um Centro de Atenção Psicossocial I, situado na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Este serviço se destina ao atendimento clínico e ambulatorial diário de adultos portadores de transtornos mentais severos e persistentes. A equipe deste Centro de Atenção Psicossocial é constituída por dois enfermeiros, um médico psiquiatra, duas psicólogas, um artesão, uma terapeuta ocupacional, um farmacêutico, um assistente social e uma nutricionista, profissionais estes que desempenham um trabalho multiprofissional. **Resultados principais:** Como resultados, identifica-se que o Centro de Atenção Psicossocial visa atender as demandas dos seus usuários nas suas diferentes dimensões, envolvendo aspectos individuais, profissionais, familiares e sociais. Utiliza-se, para isso, de diversas estratégias como atendimentos na forma individual, grupal, por meio de oficinas terapêuticas, desenvolvimento de atividades na comunidade, todas estas visando um objetivo comum que é a reinserção da pessoa com enfermidade mental no espaço social, haja vista que esta, comumente, se encontra marginalizada socialmente em função da patologia apresentada. O Centro de Atenção Psicossocial no qual as atividades teórico-práticas foram realizadas

oferta diferentes espaços terapêuticos, dentre os quais se encontram visitas domiciliárias, grupo de homens e mulheres, grupo de familiares, musicoterapia, relaxamento e artesanato, em um ambiente com estrutura física adequada, proporcionando acolhimento e bem-estar aos que ali se encontram. Neste contexto, as visitas domiciliárias constituem uma importante ferramenta de cuidado, que permite conhecer e compreender com maior propriedade a realidade que o usuário e sua família vivenciam (condições habitacionais e econômicas, relacionamento intrafamiliar, acessibilidade e outros determinantes), que influenciam diretamente no processo saúde-doença do usuário. Os espaços grupais constituem um dispositivo fundamental de vivência, no qual os participantes podem expor seus sentimentos e realidade vivida, compartilhando experiências e auxiliando-se mutuamente. A musicoterapia e o relaxamento configuram-se em instrumentos terapêuticos de cuidado que proporcionam a diminuição da ansiedade, promovendo o bem estar físico, psíquico e mental, além de ser uma prática energizante que revigora e estimula a espiritualidade de cada um. As oficinas de artesanato, por sua vez, possibilitam a socialização, aprendizado, conhecimento e desenvolvimento cognitivo, além de fazer com que os usuários se sintam úteis ao desenvolver trabalhos manuais. Quanto ao grupo realizado com os familiares dos usuários acompanhados pelo serviço, pode-se dizer que o mesmo oportuniza que a família compreenda a condição clínica do familiar em adoecimento mental e possa, assim, auxiliar no cuidado deste. Além disso, no grupo, os familiares relatam seus sentimentos, anseios e dúvidas, sendo acolhidos pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial. Os estudantes de Enfermagem inseridos no serviço puderam participar das atividades citadas, entendendo que este serviço assume uma importância fundamental no que tange a reabilitação psicossocial do indivíduo em adoecimento mental e ao fortalecimento de laços anteriormente fragilizados. Um dos aspectos que favorece o processo terapêutico se refere ao vínculo estabelecido entre os usuários e familiares que frequentam este local com a equipe multiprofissional, fato que proporciona melhor adesão ao tratamento ofertado. Ainda, desenvolver as práticas na área da saúde mental se constituiu como um desafio aos acadêmicos, visto que existem muitos estigmas em torno da doença mental. **Conclusões:** Destaca-se que o Centro de Atenção Psicossocial, enquanto serviço substitutivo da rede de atenção à saúde mental, apresenta condições de acompanhar o indivíduo em sofrimento psíquico de modo a possibilitar a manutenção de um quadro clínico estável e a introdução da família no projeto terapêutico, o que potencializa o processo de cuidado e a reintegração do usuário mentalmente enfermo na comunidade, de forma que este possa exercer os seus direitos de cidadão. Enquanto acadêmicas de Enfermagem, a experiência de cuidar no contexto do Centro de Atenção Psicossocial permitiu o crescimento pessoal e acadêmico, a partir da obtenção de subsídios teóricos e práticos para a implementação de ações de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico e sua família, o que vai ao encontro dos princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

**Área temática:** Redes

**Descritores:** Serviços de Saúde Mental; Reabilitação; Enfermagem; Assistência em saúde mental.

**Descriptors:** Mental Health Services; Rehabilitation; Nursing; Mental Health Care.

**Descriptores:** Servicios de Salud Mental; Rehabilitación; Enfermería; Atención de salud mental.

**Referências**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

2. Silva ACZ. **Centros de Atenção Psicossocial**. In: Novas Experiências de Gestão Pública e Cidadania/Organizadores: Marta Ferreira Santos Farah, Hélio Batista Barboza – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000**.**

3. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 224, de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em Saúde Mental. Diário Oficial União. 30 jan. 1992; Seção 1;1168.

4. Schrank G, Olschowsky A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP,** 2008; 42(1):127-34.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO SAÚDE NA ESCOLA

# DIFFICULTIES FOR THE IMPLEMENTATION OF THE PROJECT IN SCHOOL HEALTH

# DIFICULTADES PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE SALUD ESCOLAR

LUNARDI, Vanessa1
LINCK, Caroline Leon2
QUINTANA, Julia de Moura3
LIMA, Fabiane4
RODRIGUES, Priscila de Oliveira5
GOMES, Iris Messa6
SARZI, Diana Mara6
BLAU, Ana Carolina6

1 Acadêmica do sétimo semestre do curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões - RS, autora/relatora do trabalho, nessalunari@hotmail.com.
2 Mestre em enfermagem. Professora Assistente II do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões - RS, orientadora do trabalho.
3 Mestre em enfermagem. Professora substituta do curso de Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões - RS, autora do trabalho.
4 Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família IV de Palmeira das Missões - RS, autora do trabalho.
5 Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família III de Palmeira das Missões - RS, autora do trabalho.
6 Acadêmica do sétimo semestre do curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões - RS, autora do trabalho.

**Introdução:** o Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286. É uma articulação intersetorial da educação com a saúde pública para instituir políticas públicas voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira para promover o desenvolvimento pleno desse público. Por meio de financiamento e fornecimento de materiais e equipamentos para as escolas e equipes de saúde, tem o intuito de consolidar ações que promovam o desenvolvimento integral e proporcione a comunidade escolar uma interação entre saúde e educação, para o enfrentamento de vulnerabilidades que envolvam os estudantes em pleno desenvolvimento, sejam crianças, adolescentes ou jovens

brasileiro[1]. Tem como objetivo, aproveitar o espaço privilegiado da escola, para práticas de promoção, prevenção da saúde e construção de uma cultura de paz, através do desenvolvimento da cidadania e da articulação das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação pública, além, de promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes[2]. Para o sucesso do programa a articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é fundamental. A proposta do PSE é centrada na gestão compartilhada por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI), compostos, por, pelo menos, um representante da Secretaria de Saúde e um da Secretaria de Educação, representantes das equipes de saúde da atenção básica e das escolas, estudantes e pessoas da comunidade local, que também podem participar. Estes profissionais têm o dever de produzir um plano municipal, para programar e coordenar as ações que serão desenvolvidas com os estudantes. Destaca-se ainda a importância do apoio dos gestores da área de educação e saúde, estaduais e municipais, pois se trata de um processo de adesão que visa à melhoria da qualidade da educação e saúde dos estudantes, que se dará à luz dos compromissos e pactos estabelecidos em ambos os setores. Para organizar as ações e facilitar a dinâmica de trabalho das equipes de saúde e educação, o PSE trabalha com três componentes que precisam ser desenvolvidos: I) Avaliação das Condições de Saúde; II) Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde; III) Formação dos profissionais. É importante que o planejamento e as ações realizadas pelos GTIs e pelas equipes de saúde e educação envolvam todos os Componentes potencializando a prática de ações intersetoriais, a atenção à saúde e a educação integral. As ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político-pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político-executiva dos estados e municípios, a diversidade sociocultural das diferentes regiões do país e a autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas[3]. A partir da data da adesão ao programa, às equipes intersetoriais, têm um ano para apresentar os resultados através da criação e implantação de estratégias de divulgação. **Objetivo:** relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem na implantação do Programa Saúde na Escola. **Metodologia:** este trabalho origina-se através de atividades teórico/práticas desenvolvidas por acadêmicos de Enfermagem em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município da região norte do Rio Grande do Sul no transcorrer da disciplina de Estágio Supervisionado I, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Tais atividades ocorreram no período de junho a julho do decorrente ano, tendo uma duração de 210 horas. Durante as atividades foi possibilitado aos acadêmicos desenvolver todas as atividades que fazem parte das atribuições do enfermeiro. Para registro das ações os acadêmicos utilizaram um diário de campo, que serviu de instrumento para a sistematização da evolução de Enfermagem e posteriormente construção de trabalhos sobre esta temática. Juntamente com a enfermeira, os acadêmicos participaram de reuniões municipais para a implantação do Programa Saúde na Escola, a partir disso gerou-se a

produção de um relato de experiência. **Resultados:** foi possível perceber através da análise da participação dos acadêmicos nas reuniões de implantação do Programa Saúde na Escola, que o mesmo pode ser uma ótima ferramenta de promoção, prevenção, avaliação dos estudantes, de educação permanente para os profissionais e integração entre saúde pública, escolas e comunidade, porém, para que o PSE atinja seus objetivos é imprescindível a articulação entre os trabalhadores do campo da educação e da saúde. Nesta perspectiva foi possível observar durante os encontros alguns entraves que podem dificulta de conhecimento de alguns profissionais com relação ao programa, gera a falta desmotivação dos mesmos em participar; - dificuldade de articulação entre a Secretaria de Saúde e de Educação – entende-se que houve pouca interação entre as Secretarias de Saúde e Secretaria de Educação do município, evidenciada pela falta da participação de seus representantes nas reuniões, estando presentes apenas as equipes multiprofissionais das estratégias de saúde da família e alguns representantes dos profissionais das escolas da rede pública. **Conclusão:** a partir da realização deste trabalho foi possível entender, através da participação, como funciona a implantação municipal de um programa do governo federal. Que para isso demanda tempo, conhecimento e comprometimento do profissional de enfermagem, bem como de outros profissionais e que o sucesso das ações dependem principalmente das articulações intersetorial, tanto para apresentar os objetivos do programa como para desenvolver as ações específicas do mesmo. Neste ínterim acredita-se que fundamental uma maior divulgação a cerca do projeto, maior circulação de materiais entre os grupos a fim de favorecer o conhecimento sobre o mesmo, além disso, a participação dos gestores incentivando a organização de um grupo articulado e coeso na implantação do PSE favorecerá o alcance dos objetivos deste programa.

Á**rea temática:** redes

**Descritores:** ação inersetorial; estudantes; saúde escolar

**REFERÊNCIAS:**

1.BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da saúde: SUS. Manual instrutivos. **Programa saúde na escola**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Planejamento_revisto_em_07062013.pdf> Acesso em: 28 jul. 2013.

2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE / Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf > Acesso em: 26 jul. 2013

3. BRASIL, Ministério da Educação. Portal MEC. Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. **Programas e ações.** Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacaocontinuada&Itemid=817> Acesso em: 25 jul. 2013.

# GRUPO FOCAL COMO FERRAMENTA DE INTERVENÇÃO GRUPAL EM PESQUISA QUALITATIVA

## FOCUS GROUP AS A GROUP INTERVENTION IN QUALITATIVE RESEARCH

## ENFOQUE GRUPO COMO GRUPO DE INTERVENCIÓN EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

MACHADO, Katiusci Lehnhard[1]
BECK, Carmem Lúcia Colomé[2]
SANGOI, Thais Picolin[3]
FREITAS, Natiellen Quatrin Freitas[4]
COELHO, Alexa Pupiara Flores[5]
DA ROSA, Fábio Mello[6]
WEILLER, Terezinha Heck[7]
FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva Fernandes[8]

**INTRODUÇÃO:** O Grupo Focal é uma estratégia de intervenção grupal, baseada na discussão que produz um tipo especial de dados qualitativos. O registro mais antigo de seu uso científico foi publicado no ano de 1926, nas Ciências Sociais, por Bogartus. No entanto, foi na publicidade, com a finalidade de analisar os efeitos sociais da comunicação em massa que ele se torna mais evidente[1]. O Grupo Focal permite a discussão, em grupo, sobre um tema específico, por meio de um moderador que propõe questões disparadoras. Possibilita um processo de interação grupal que acontece a partir de trocas e descobertas oriundas de participações dos integrantes[2], contribuindo para o crescimento dos mesmos, em especial no que se refere às capacidades de argumentação, teorização, criação de novas ideias e produção em grupo. Também, permite entender o estreitamento da temática com o cotidiano. O método do Grupo Focal pode ser combinado, ou seja,

[1]Psicóloga. Especialista em Sistema Público de Saúde, com ênfase em Saúde Mental. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. Email: klehnhard@yahoo.com.br
[2]Doutora em Enfermagem. Docente Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.
[3]Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail:thaisangoi@hotmail.com
[4]Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.
[5] Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.
[6] Enfermeiro. Especialista em Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria. Servidor Público Municipal. Membro do "Grupo de Estudos, Pesquisa, Extensão em Saúde Coletiva" da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.
[7] Doutora em Enfermagem. Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Pesquisadora do "Grupo de Estudos, Pesquisa, Extensão em Saúde Coletiva" da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.
[8] Enfermeiro, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: marcelonsf@gmail.com

pode ser utilizado sozinho, sendo assim, autossuficiente ou junto a outras técnicas de coleta de dados[1]. Esta escolha dependerá do plano geral da pesquisa, como também da perspectiva epistemológica adotada pelo pesquisador. Apesar do Grupo Focal ter sido desenvolvido pelas Ciências Sociais, ele ficou por muitos anos à margem da mesma. Contudo, recentemente, a partir do final dos anos de 1980, vem sendo retomada sua importância, visto nas inúmeras publicações envolvendo esta metodologia. Neste sentido, percebe-se que muitos destes trabalhos têm se utilizado da abordagem em pesquisa qualitativa. **OBJETIVO:** Apresentar a técnica do Grupo Focal como ferramenta a ser utilizada em pesquisas qualitativas, tendo como referência sua aplicação em uma pesquisa, na conclusão da formação em Residência Multiprofissional em Saúde. **METODOLOGIA:** Este resumo originou-se de uma pesquisa que buscou conhecer a estruturação dos dispositivos da rede de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas, por meio da compreensão de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, em um município na região central do Estado do Rio Grande do Sul. Para tanto, a investigação constitui-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória descritiva. Nesta abordagem é fundamental aprender a observar e analisar as interações entre as pessoas, o sistema em que elas estão inseridas, pois isto revela o universo de significados, motivos aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações. Já os dados coletados foram obtidos por meio da técnica de Grupo Focal. O cenário da pesquisa foi uma Unidade Estratégia de Saúde da Família (UESF). Os participantes do estudo de acordo com os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa foram alguns dos trabalhadores desta Unidade, correspondente a sete agentes comunitários de saúde, duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário. Foram realizados três encontros, que aconteceram no Salão de Festas da Igreja no território adscrito pela UESF, que se localizava em frente a esta Unidade. É importante destacar que o ambiente de coleta de dados no Grupo Focal deve ser agradável, confortável e acolhedor[3]. Os participantes estavam dispostos em círculo de maneira que todos pudessem olhar e escutar uns aos outros. Ainda que o grupo estivesse centrado em discutir a rede de atenção em saúde mental, especialmente sobre álcool e outras drogas, dividiram-se os encontros em três momentos distintos. A partir de uma guia de temas foi possível explorar melhor a compreensão desta equipe, pois serviu como norteadora das discussões. Dentro dele, utilizaram-se vinhetas, perguntas norteadoras. Ao final de cada encontro, com a leitura da produção do que foi discutido, foi permitido aos participantes da pesquisa reiterar, acrescentar ou retificar o que foi dito. Também, no início do encontro seguinte era realizada a síntese do encontro anterior. Os três grupos realizados contaram com a presença de duas observadoras, as quais realizavam as anotações dos principais pontos discutidos, e uma moderadora, a qual conduzia o encontro. Além de expor os objetivos e o funcionamento do grupo, a moderadora, possibilitou ambiente propício à participação das profissionais. Os aspectos éticos que envolvem investigação com seres humanos foram respeitados durante todo o trâmite da pesquisa atendendo assim a Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo do projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob parecer nº 0241.0.243.000-11 Os dados obtidos foram transcritos para posterior análise temática, que se constituiu de três etapas: ordenação, classificação dos dados e análise final. Foram identificadas as ideias centrais e aspectos relevantes acerca da compreensão sobre a estrutura dos dispositivos da rede de atenção à saúde mental para usuários de álcool e outras drogas da referida equipe de ESF, com o intuito de construir categorias empíricas. Para análise final, foi articulado o material estruturado ao referencial teórico, visando à identificação do conteúdo subjacente ao manifestado, na tentativa de responder às questões da pesquisa com base no objetivo. Realizou-se a composição de três categorias temáticas: Atenção a usuários de álcool e outras drogas; Compreensão dos dispositivos comunitários e Reinserção Social. **DISCUSSÃO:** Esta técnica vem sendo utilizada em pesquisa qualitativa resgatando a entrevista em grupo, famílias, líderes comunitários, estudantes, entre outros. O grupo focal objetiva explorar a partir de um foco ou tema um determinado grupo[4]. Neste sentido, os participantes da pesquisa puderam abordar a temática de forma a interagir entre si, assim foi possível capturar concepções, perspectivas, relatos, discursos e as experiências[1]. No cotidiano do trabalho em saúde encontram-se algumas dificuldades, apontadas pelo grupo, no

sentido de buscarem a resolução das problemáticas a respeito dos processos de trabalho a partir de uma perspectiva construtivista; pois a lógica do trabalho acaba burocratizando os processos. Neste aspecto, o Grupo Focal permitiu um ambiente permissivo e não constrangedor, no qual os participantes conseguiram expressar suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre a temática[2], construindo novos espaços de discussão. Desta forma, ao facilitar a interação entre os participantes é possível fomentar tanto respostas mais ricas quanto ideias novas[3]. Destaca-se, com relação ao pesquisador, que o Grupo Focal possibilita problematizar as diferentes análises dos participantes frente a um tema, mas, também, permite analisar como o que esta sendo produzido em grupo é articulado, confrontado, censurado por meio da interação grupal[3]. Ressalta-se que para desenvolver a técnica do Grupo Focal é necessário o conhecimento de diversos aspectos sobre a mesma, como: clareza dos objetos da pesquisa e domínio teórico do tema a ser discutido. Além disso, é importante o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva do moderador e observador. Considera-se que essa técnica de coleta de dados contribui para o crescimento dos participantes, em especial no que se refere às capacidades de argumentação, teorização, criação e produção em equipe[5]. Acredita-se que o exercício de ouvir a si mesmo e de ouvir os outros, como decorreu nestes Grupos Focais, é um elemento de conscientização para a pessoa sobre as próprias concepções. Também, permitiu a expressão espontânea e a reflexão individual e grupal das ideias, assim como a desconstrução e a reconstrução de concepções[3]. Observa-se, pela avaliação, por um lado obteve-se a compreensão da temática, vista na revelação dos significados que expressam o ponto de vista dos participantes, ao mesmo tempo foi um momento de despertar, pelas reflexões que suscitou. **CONCLUSÕES:** Percebeu-se que a utilização da técnica de Grupo Focal pode contribuir como um espaço rico de discussão e interação em grupo, ao construir e reconstruir conceitos, assim desencadeia novas ideias, com a possibilidade de transformação do cenário que se esta inserido. Também, permite a exploração de respostas relativas ao processo grupal e não individual, desta forma, neste estudo houve uma potencialidade maior no fortalecimento dos vínculos entre a equipe, vistos por meio da compreensão das ideias dos participantes entre si. Assim, o exercício do Grupo Focal permitiu o autoconhecimento, a reflexão e revisão conceitual, bem como a construção de novos significados para a temática debatida. Evidencia-se, assim, esta metodologia como uma possibilidade na construção de dados em pesquisas qualitativas e na área da saúde.

**Descritores:** Pesquisa Qualitativa; Saúde Mental; Atenção Básica.

**ÁREA TEMÁTICA:** Rede

**REFERÊNCIAS**

1 Millward LJ. Grupos Focais. In: Métodos de Pesquisa em Psicologia. BREAKWELL, G.M, et al. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

2. Westphal MF; Bógus CM; Faria MM. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1996. 120(6): 472-481.

3. Ressel LB; Beck CLC; Gualda DMR; Hoffmann IC; Silva RM; Sehnem GD. O uso do Grupo Focal em Pesquisa Qualitativa. Revista Texto Contexto Enfermagem. 2008 17(4): 779-86.

4. Víctora GC; Knauth RD; Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial. 2000; p.136.

5. Sehnem GD. Percepções culturais de estudantes de enfermagem acerca da sexualidade: o dito e o velado. [Dissertação de Mestrado]. Santa Maria. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde; 2009.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# NOVAS ALTERNATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM COM ESTUDANTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

# NEW ALTERNATIVES TO TEACHING AND LEARNING WITH STUDENTS: AN EXPERIENCE REPORT

# NUEVAS ALTERNATIVAS A LA ENSEÑANZA Y EL APRENDIZAJE CON LOS ESTUDIANTES: UN RELATO DE EXPERIÊNCIA

GOMES, Iris Elizabete Messa[1]
BLAU, Ana Carolina[2]
LUNARDI, Vanessa[2]
BORTOLI, Vanessa da Silva[2]
SIGNOR, Eduarda[2]
TISOTT, Zaira Leticia[2]
LIMA, Fabiane de[3]
LINK, Caroline de Leon4

[1] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul - UFSM /CESNORS. Relatora/Autora do trabalho. E-mail: irismessagomes@hotmail.com
[2] Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul - UFSM/CESNORS.
[3] Enfermeira especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Saúde da Mulher, coordenadora da Estratégia de Saúde da Família IV do município de Palmeira das Missões.
4 Professora Assistente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da UFRGS. Orientadora do trabalho.

**Introdução:** A escola é um importante espaço para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde entre crianças e adolescentes. Diferencia-se das outras instituições por ser aquela que oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do encontro de diferente saberes: aqueles contidos nos conhecimentos científicos veiculados pelas diferentes disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e seus familiares e que expressam crenças e valores culturais próprios: os divulgados pelos meios de comunicação, muitas vezes fragmentados. Esse conjunto de saberes gera oque se convencionou chamar "cultura escolar", que assume expressão própria e particular em cada estabelecimento, embora apresente características comuns a tudo aquilo que é típico ao mundo escolar[1]. O fortalecimento da identidade pessoal e cultural é um processo

que envolve a construção do ser, o conhecer-se a si mesmo, o resgate de sua história de vida familiar e comunitária, assim como de suas raízes culturais e étnicas, o reconhecimento do outro, e a reflexão sobre seus valares pessoais. É também um processo que se dá em rede, nas interações pessoais, no diálogo e nos conflitos. Há um momento, nesse processo, em que o jovem se descobre como autor de sua própria vida; começa garantir um futuro melhor. Em outros termos, o jovem começa a pensar no que tem sido chamado de projeto de vida[2]. As condições de vida e saúde e também as diferenças sociais em nosso país permitem dizer que essa parcela está exposta a riscos de adoecimento e a situações de vulnerabilidade, que precisam ser objeto prioritário de educação eficaz pelo sistema de saúde, em conjunto com outros setores, particularmente os de Educação e Ação Social. Ao considerar os esforços do Ministério da Educação em tornar a escola publica inclusiva e acessível a crianças e adolescentes com deficiência, oportuniza-se uma sociedade mais igualitária, sendo que os profissionais da saúde terão o papel relevante no suporte às necessidades especificas desses estudantes. Conhecer e lidar com esses fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo e protegendo a saúde, impactará de maneira positiva a qualidade de vida[1]. A escola é um espaço de grande relevância para a promoção da saúde, principalmente quando exerce papel fundamental na formação do cidadão critico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres. As iniciativas de promoção da saúde escolar constituem ações efetivas para a consecução dos objetivos citados, o que pode ser potencializado no Brasil pela participação ativa das equipes de saúde da família, sempre em associação com as equipes de educação[1]. Essa parceria deve se estruturar e solidificar levando-se em conta os limites e as inúmeras possibilidades de atuação, de forma dinâmica e perene, não eventual, nem esporádica. Este é um rico desafio para os profissionais da saúde da ESF e da área da educação, e também para seus interlocutores, usuários, gestores e formuladores de politicas sociais, além de movimentos sociais, representações populares, acadêmicas e desserviços, públicas e privadas[1]. **Objetivo:** Este trabalho tem o objetivo de relatar a experiência vivida por acadêmicos de enfermagem na implementação de um projeto de cineclube junto a escola como uma iniciativa de fortalecer a relação dos adolescentes com a ESF de município do Noroeste do Rio Grande do Sul. **Metodologia**: Este trabalho origina-se através de atividades teórico/práticas desenvolvidas por acadêmicos de Enfermagem em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município da região noroeste do Rio Grande do Sul, como parte da disciplina de Estágio Supervisionado I, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Tais atividades ocorreram no período de junho a julho do decorrente ano, tendo uma duração de 210 horas. Durante as atividades os acadêmicos desenvolveram todas as atividades que são de atribuição do enfermeiro. Para registro das ações os acadêmicos utilizaram um diário de campo, que serviu de instrumento para a sistematização da Assistência de Enfermagem e posteriormente construção de trabalhos sobre esta temática. No período das atividades foi possível acompanhar as discussões sobre a idealização de um cineclube na comunidade direcionado aos

adolescentes e participar dos três primeiros encontros com a realização do cineclube na escola. **Resultados:** A escola é um espaço importante no sentido de proporcionar saberes e também na criação de perspectivas, sonhos, projetos de vida, a parceria que se faz entre Escola-ESF-Universidade vem como uma importante ferramenta para instigar esses sentimentos e debates junto com os jovens. Neste sentido este projeto visa proporcionar aos adolescentes um momento de recreação e cultura através da apresentação de um filme e somado a isto realizar uma discussão entre os adolescentes com contribuições da equipe de saúde da ESF, dos acadêmicos e dos professores. A proposta de se realizar um projeto nas escolas direcionado aos adolescentes surgiu da necessidade da equipe da ESF em se fazer mais presente no ambiente escolar, podendo assim estreitar o laço com este publico que muitas vezes não reconhece a ESF como um espaço seu, em que é possível construir saberes e tirar duvidas. Até o presente momento foram realizados quatro reuniões com os acadêmicos, professores e equipe da ESF para articular os primeiros encontros junto aos adolescentes. E, já foram realizados três encontros com os alunos do 5° ano de uma escola que se localiza em uma região mais carente da cidade, no primeiro encontro foi realizado o convite aos adolescentes para se inserirem neste projeto, com objetivo de sensibiliza-los e de apresentar a proposta. Nos demais encontros foram passados filmes com mensagens de trabalho em grupo, projetos de vida, sonhos, e, no final de cada sessão aconteceu um debate em que os adolescentes relatavam o que estavam sentindo, qual parte do filme mais gostou, proporcionando trocas entre os alunos, professores e acadêmicos. **Conclusão:** A participação nestas vivencias junto ao cineclube e a escola, se fazem positivas no nosso processo de formação, pois podemos perceber o quão importante é estar inserido na escola, esse que é um espaço importante para a formação das crianças e adolescentes. Estes encontros representam uma importante forma de trabalhar pontos que talvez, passem despercebidas durante as aulas, instiga-los a pensar no futuro, estimular a criticidade e empoeirá-los enquanto cidadãos.

**Área temática:** Redes.

**Descritores:** Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem em saúde publica; Educação continuada em Enfermagem.

**Descriptors:** Community Health Nursing, Nursing in Public Health, Continuing Education in Nursing.

**Descriptores:** Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería en Salud Pública, Educación Continua en Enfermería.

**Referencias:**

**1.** Brasil, Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola, Cadernos detenção Básica- Brasília, DF. 2009.

**2.** Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção integral em saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF. 2010.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# SOFRIMENTO PSIQUICO DO TRABALHADOR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

## PSYCHIC SUFFERING OF WORKER: A CASE STUDIES

## SUFRIMIENTO PSÍQUICO DEL TRABAJADOR: A ESTUDIOS DE CASO

VASCONCELOS, Raíssa Ottes1
TERRA, Marlene Gomes2
BECK, Carmem Lúcia Colomé3
TOSSIN, Brenda Ritielli4
ROCHA, Francielle Santos5
SILVA, Cristiane Trivisiol da6
SILVEIRA, Rafael Pasche da7
SOUTO, Valquiria Toledo8

1 Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), bolsista PROIC-HUSM do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS). Email: raissa_07@msn.com.
2 Enfermeira, Professora Doutora do Departamento e Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Pesquisadora do PEFAS. Email: martesm@hotmail.com.br.
3 Enfermeira, Professora Doutora do Departamento e Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, linha "Sofrimento psíquico do trabalhador". Email: carmembeck@gmail.com
4 Acadêmica do 6º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), membro do PEFAS. Email: brenda.tossin@gmail.com.
5 Enfermeira. Membro do PEFAS. Email: fransantosrocha@hotmail.com.
6 Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Email: cris.trivisiol@gmail.com.
7 Acadêmico do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), bolsista FIEX do PEFAS. Email: rafaelpasche@gmail.com.
8 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Membro do PEFAS. Email: valquiriatoledo@hotmail.com.

**Introdução:** As complexas transformações políticas, econômicas e socioculturais foram, ao longo do tempo, promovendo adaptações do homem em sua relação com o trabalho. O estudo das repercussões que o trabalho exerce sobre o homem e como este lida com a complexidade do contexto laboral, tem sido objeto de estudo de várias áreas do conhecimento nas últimas décadas[1]. O sofrimento é definido como uma vivência individual

ou coletiva, frequente e permanente, muitas vezes inconsciente, de experiências dolorosas como angústia, medo e insegurança provenientes do conflito entre as necessidades de gratificação do binômio corpo-mente e a restrição de satisfazê-las, pelas imposições das situações de trabalho. Por um lado, o trabalho pode exercer efeitos sobre o sofrimento psíquico, levando o trabalhador progressivamente a alterações psicossomáticas e psíquicas; por outro, pode contribuir para subverter o sofrimento, resignificando-o e transformando as situações que o geraram[2]. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem no Curso de Atualização sobre Aconselhamento Motivacional e Intervenção Breve do Centro Regional de Referência de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas da Região Centro do Rio Grande do Sul (CRR) da Universidade Federal de Santa Maria. Este curso tem como meta oferecer instrumental para a qualificação de profissionais da área da educação, com vistas a atuarem em seu dia-a-dia com as questões relacionadas à saúde mental. **Metodologia:** O Curso de Atualização sobre Aconselhamento Motivacional e Intervenção Breve acerca dos problemas relacionados ao uso/abuso/dependência de drogas foi ofertado pelo CRR, teve início em abril de 2013 e término em maio do mesmo ano, sendo realizado nos sábados, nos turnos manhã e tarde, totalizando 60 horas. Esse curso buscou realizar uma capacitação dos educadores do ensino médio de duas escolas estaduais do município de Santa Maria, RS, totalizando 42 professores. Os objetivos foram identificar suas necessidades acerca do manejo de alunos com problemas relacionados ao uso/abuso de drogas; detectar e avaliar a gravidade de problemas apresentados pelos alunos nas escolas; discutir formas de orientar alunos e seus familiares sobre os recursos de atenção disponíveis no SUS e manejar as próprias angústias, na busca da preservação da própria saúde mental diante do contato constante com esta realidade problemática. A realização do referido curso está pautado nas metodologias ativas, partindo da abordagem dos temas que emergem da realidade conforme as necessidades dos participantes. Essa metodologia é baseada em resolução de problemas, de fatos ou situações, de maneira a levar os participantes à compreensão da situação ou fato estudado[3]. Além disso, o diferencial é a proposta que, ao final do curso, os participantes, individualmente ou em grupos, elaborem propostas de intervenção para serem desenvolvidas no ambiente de trabalho, estimulando a formação de "redes humanas". Uma das temáticas trabalhadas neste curso foi o Sofrimento Psíquico do trabalhador, o qual será relatado neste texto. Para dar início ao tema a ser discutido no dia, foi feita uma reflexão junto aos participantes no que diz respeito à clareza de que todos nós consumimos algum tipo de substância no decorrer da vida (lícitas ou ilícitas), buscando desconstruir ideias como a direta associação das drogas com fatores socioeconômicos, culturais ou afetivos (por exemplo: famílias estruturadas não correm risco de terem filhos usuários de drogas). Também foi proposto que se pensasse nas viciações de maneira ampliada, ou seja, envolvendo, por exemplo, o uso da tecnologia, o hábito da maledicência, etc. Foi ressaltada a importância do cuidado de si destes trabalhadores, anterior ao cuidado com o outro, a partir das questões orientadoras: como é meu dia-a-dia? Como está minha relação com o contexto da educação? Ao final da

manhã, a coordenadora do encontro passou um vídeo que fez pensar sobre a necessidade do constante aprimoramento na prática profissional desses trabalhadores. No turno da tarde, inicialmente, os participantes foram divididos em grupos para trabalhar com uma situação problema. Foi realizada leitura da mesma e discussão nos pequenos grupos. Em seguida, as reflexões foram compartilhadas, o que fomentou um momento muito rico de experiências. Após, foi abordado de forma expositiva, com slides, algumas considerações teóricas sobre Saúde do Trabalhador. Para encerramento, outro vídeo foi destaque sendo a abordagem expressa na mecanização do trabalho, o que pode dificultar as reflexões sobre como o homem atual trabalha. **Resultados principais:** Durante a realização das atividades propostas para o tema Sofrimento Psiquico do Trabalhador, os participantes comentaram sobre problemas enfrentados na escola, na comunidade, os quais lhes causam sofrimento e também sobre o que lhes é prazeroso no trabalho, expressando suas opiniões e sentimentos constantemente. Entre os relatos que implicam em desgaste do professor: a falta de psicólogos nos convênios de saúde, o que propicia busca por psiquiatras e o consequente uso de substancias medicamentosas pelos professores; o sentimento de impotência, pois o professor não consegue interagir com os pais, somando à fragilidade de relações familiares, muitas vezes, além da dificuldade do acesso aos serviços de saúde. Expressaram também aspectos relativos à situação de vulnerabilidade na escola: doenças, gravidez, o uso de álcool, o preconceito, entre outros, referindo que as escolas deveriam ter apoio multiprofissional, tendo em vista a complexidade destas situações. Além disto, mostraram que o seu trabalho é incessante e que buscam ajudar os alunos e suas famílias constantemente. Quando identificam que não há resultados positivos, "desistem" para evitar o adoecimento pessoal. Observou-se que deve haver maior engajamento na busca de recursos pelos professores apoiados pela gestão, pois falta acompanhamento nas escolas. Os coordenadores da discussão sinalizaram que estamos em processo de construção de redes e que não se pode perder de vista o lugar do professor, por isso há necessidade de compartilhar, de envolver outros profissionais em um trabalho conjunto. Segundo alguns professores, o fato de poder se aproximar e conhecer melhor o aluno é algo que proporciona prazer no trabalho, o tempo de conversa com eles, a convivência e o vínculo, além de ter a possibilidade de reunir os trabalhadores para tomada de decisões juntos. Destacam que é importante que cada um se desfaça de suas amarras, para conseguir ajudar o outro. Participantes relataram ainda algumas estratégias para o cuidado de si, para o alívio da tensão fora do ambiente do trabalho. Percebem o estresse de todos, pois as escolas não estão tendo como lidar com estas situações, uma vez que há problemas que passam "de geração para geração" e isso aponta para a necessidade de se trabalhar com a família para mudar este conceito. Alguns participantes propuseram uma oficina-terapia na escola, para que o processo aconteça na realidade onde estão inseridos. Nas falas dos participantes, muitos colocaram que é preciso acreditar, ter conhecimento e conhecer as leis como ferramentas de auxílio, não se esquecendo de identificar qualidades e fragilidades de cada um no ambiente de trabalho. Uma das atividades propostas no encontro foi uma discussão

de situações problemas, na qual surgiram outros apontamentos importantes como a reflexão: que metodologias nós estamos utilizando na escola? Neste aspecto, realizaram comparações com o passado, quando a autoridade do professor imperava, mas destacaram ainda a importância de serem usadas novas estratégias na escola, pois em certas ocasiões os recursos didático-pedagógicos não são utilizados da melhor forma. Ainda, relacionou-se a área da saúde com a da educação, na maneira de ver o sujeito segmentado e não como um todo. Emergiram reflexões de que diversas vezes, as pessoas são culpabilizadas, esquecendo que há dificuldade das mesmas no relacionamento interpessoal; que esta pessoa precisa de ajuda para mudar, pois as questões são amplas, incluem também, gênero, cultura, crenças e valores de cada um. Ainda na discussão das situações problemas, entre as contribuições estavam estratégias a serem utilizadas para a mesma: encontros lúdicos que valorizem os profissionais; a importância de um elogio; a terapia do abraço; o resgate da afetividade; o resgate dos espaços de convívio extramuros da escola (passeios, lazer); o exercício da autoridade sem autoritarismo; a presença para perceber as inquietações/problemas de seus colegas. Ao final do encontro no curso, os participantes fizeram sua avaliação: destacaram como ponto positivo a metodologia do curso, as reflexões levantadas e o novo olhar sobre os alunos. Ainda relataram que o curso amenizou as angústias no que tange a questão das drogas. **Conclusões:** Diante do exposto, ficou nítida a necessidade de ajuda que estes trabalhadores têm para efetivar suas intervenções e de apoio psicológico, por sua constante preocupação com a realidade do ambiente onde trabalham. É importante que haja capacitações como estas para estes profissionais, pois em decorrência da gravidade do problema se precisa de redes fortes e efetivas que acreditem em um futuro melhor, que entendam a amplitude das situações, estejam engajadas em um mesmo objetivo e dispostas a ajudar. Cabe salientar também, a importância do trabalho de equipes multiprofissionais nas escolas e da construção de redes com outros serviços, o que contribui para um melhor relacionamento interpessoal entre equipe e dessa com os alunos e também ao acesso de todos aos serviços de saúde.

Á**rea temática:** Redes**.**

**Descritores:** Saúde Mental; Cursos; Educadores em Saúde.

**Descriptors:** Mental Health; Courses; Health Educators.

**Descriptores:** Salud mental; Cursos; Educadores de Salud.

**REFERÊNCIAS**

1 Chaves EC, Martines WRV. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2007 [acesso

em 24 jul 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/12.pdf];3(41):426-33.

2 Mendes AM, Costa VP, Barros PC da R. Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário. Estudos e pesquisas em psicologia. 2003 [acesso em 26 jul 2013]. Disponível em: http://www.revispsi.uerj.br/v3n1/artigos/artigo4v3n1.html.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Gestão da clínica nos hospitais do SUS: caderno do curso. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2009.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO ENVOLVIDA NO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: RELATO DE UM CASO.

# EVALUATION OF ASSISTANCE NETWORK INVOLVED IN RESIDENTIAL CARE: A CASE REPORT.

# EVALUACIÓN DE LA RED DE ATENDIMIENTO IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

ROCHA, Patricia Jovasque1
ARPINI, Dorian Mônica2

1 Psicóloga, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM. E-mail: patinhajovasque@hotmail.com
2 Psicóloga, Doutora em Psicologia Social pela PUC SP. Professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM.

**Introdução:** A importância da equipe técnica das instituições de acolhimento e da rede de atenção envolvida também nos casos de acolhimento começa a ser discutida a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. O ECA prevê o acolhimento institucional como uma medida de proteção de caráter provisório e excepcional, a ser utilizada apenas quando nenhuma das ações anteriores a ela for suficiente para colocar a criança em situação de proteção[1]. Dessa forma, para fazer valer o caráter provisório da medida, é necessário que exista uma equipe técnica na instituição capacitada para buscar medidas que possibilitem a volta da criança ou adolescente à família, ou, caso o retorno não seja possível, que busque alternativas de convivência familiar e comunitária para estes jovens. O papel da equipe é reafirmado com a lei 12.010, a Nova Lei Nacional de Adoção[2], a qual salienta, também, a importância da rede de atendimento nestes casos. A Nova Lei visa remodelar leis já vigentes com relação ao acolhimento institucional e à adoção, trazendo como principais mudanças: a obrigatoriedade de reavaliação dos casos das crianças e adolescentes acolhidos a cada seis meses, a preferência pela reintegração na família de origem a qualquer outra a ação e a permanência máxima de dois anos em acolhimento[2]. Estas ações exigem uma atuação mais ativa da equipe técnica da instituição de acolhimento, pois é ela a responsável por elaborar os relatórios a cada seis meses e por indicar ou não a reintegração familiar dos acolhidos. Outra modificação trazida pela Nova Lei diz respeito ao Plano Individual de Atendimento (PIA)[2], o qual garante que assim que a criança ou adolescente chegar à instituição de acolhimento, deverá ser traçado um plano que leve em consideração os

serviços mais adequados para cada caso particular. Isso pressupõe que exista uma rede de atendimento articulada e capacitada para receber os encaminhamentos dos meninos e meninas que se encontram em acolhimento. O trabalho em rede, além de otimizar os serviços, pressupõe que o contexto do sujeito seja valorizado, priorizando o atendimento pelas instituições inseridas em seu meio[3]. **Objetivos:** Este trabalho objetivou apontar as mudanças trazidas pela Nova Lei Nacional de Adoção no que se refere ao atendimento prestado tanto pela equipe técnica das instituições de acolhimento, quanto pela rede de atenção envolvida nestes casos. **Metodologia:** O método utilizado foi o estudo de caso, o qual proporciona e visa um estudo em profundidade. O caso analisado foi o de uma família, composta pela mãe (B.) e duas filhas adolescentes (M. e N. de 12 e 14 anos, respectivamente) que haviam passado por dois acolhimentos institucionais: um antes e outro depois da implantação da Nova Lei. As técnicas utilizadas foram: pesquisa documental na instituição onde as meninas estiveram acolhidas; preenchimento de uma ficha de dados sociodemográficos da família; e uma entrevista semidirigida realizada com mãe e filhas juntas. Os dados da entrevista foram analisados segundo Análise de Conteúdo proposta por Bardin[4]. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição de Ensino Superior a qual as pesquisadoras estão vinculadas, sendo aprovado sob o parecer nº 36522. **Resultados:** O primeiro acolhimento de M. e N. ocorreu em 2005, antes da implantação da Nova Lei[2]. Segundo a mãe, o acolhimento das meninas deveu-se aos maus tratos praticados pelo padrasto (agressão física e psicológica). Na época, B. encontrava-se desempregada, dependendo financeiramente do marido, com o qual moravam ela e as três filhas mais novas: Z. M. e N. (Z., de nove anos, não passou pelo acolhimento). De acordo com B., a reintegração das filhas ao convívio familiar ocorreu um mês após as meninas terem sido acolhidas. A mãe relata que saiu da casa do ex-marido levando M. e N. com ela, pois acreditava que o padrasto das meninas não proporcionava um ambiente saudável para o desenvolvimento das crianças (Z. ficou sob os cuidados do pai, padrasto de M. e N.). B. afirma também que não houve atendimento por parte de equipe técnica da instituição (psicóloga e assistente social) e que não foi encaminhada para nenhum serviço da rede nesta época. Da mesma forma, as meninas afirmam que não receberam nenhum atendimento enquanto estavam acolhidas, nem da instituição de acolhimento nem da rede de atendimento. Se este acolhimento tivesse ocorrido após a Nova Lei[2] e seguindo os preceitos desta, assim que as meninas tivessem chegado à instituição a equipe teria começado a traçar o plano individual de atendimento das duas. Dessa forma, as duas seriam direcionadas aos serviços da rede que melhor atendessem às suas demandas, como o CREAS, já que se tratava de um caso de violência. Além disso, parece não ter havido uma avaliação desta família, uma vez que o agressor (o padrasto) permaneceu com a guarda de Z., sob a justificativa de ser seu pai biológico. Também não havia, na instituição de acolhimento, registros na pasta de documentos referentes à família neste período, fato explicado pela psicóloga do local justamente em função da instituição não possuir uma equipe técnica fixa no período. Dessa forma, parece ficar claro que, durante este primeiro

acolhimento, as ações referentes a esta família ocorreram de forma desarticulada, sem ter havido comunicação entre a instituição e os demais serviços da rede. Após a reintegração das meninas, a mãe passou a morar sozinha, mas, sem a ajuda do ex-marido, ela afirma não ter conseguido se manter financeiramente, tendo perdido a casa onde morava. B. refere que, sem condições de criar e alimentar as filhas, entregou Z. e M. aos cuidados do ex-marido (pai de Z.) e N., aos cuidados de uma vizinha. A mãe informa que o ex-marido não teria aceitado ficar com M., alegando que esta não era sua filha. A avó materna e uma tia também foram procuradas a fim de cuidar da menina, mas ambas afirmaram não terem condições de cuidá-la, o que levou ao segundo acolhimento institucional de M. no ano de 2010. Os relatórios presentes na instituição de acolhimento confirmam que o motivo do acolhimento foi o abandono de M. pela família ampliada, a qual alegou "não conseguir se adaptar à dinâmica e aos sintomas decorrentes das vivências da criança". Comparando o primeiro acolhimento com o segundo, foi possível notar que tanto a família quanto os relatórios da instituição indicavam que houve um acompanhamento mais intenso da menina e da mãe, na forma de atendimentos frequentes realizados pela equipe da instituição de acolhimento e de encaminhamentos feitos para a rede. O último acolhimento teve duração de seis meses, o que pode reforçar este investimento maior da equipe da instituição para que a situação de violação fosse superada a fim de que a menina pudesse voltar ao convívio familiar. Por se tratarem de situações complexas[3], as questões que levam crianças e adolescentes ao acolhimento institucional devem ser bem trabalhadas pela equipe e pela rede de atendimento, para que, se possível, quando a criança voltar para a família ela encontre um ambiente de segurança e proteção. Este trabalho, justamente por ser mais complexo, pode levar um tempo maior que um mês, por exemplo. Por fim, após seis meses de acompanhamento e atendimento desta família, foi determinado, em audiência, que a procuradoria jurídica do município, em contato com a secretaria de habitação, providenciasse a construção de uma peça que serviria como quarto de M. para que a mesma pudesse ser desacolhida. Após a construção do quarto – que evoluiu para a construção de uma casa nova – a criança retornou à sua família de origem. Dessa forma, pôde-se perceber que houve um movimento tanto da equipe da instituição quanto da rede de atendimento para que esta menina pudesse retornar ao ambiente familiar em um contexto que não fosse mais de violação de direitos. **Conclusão:** O estudo de caso da família de B. serve como um exemplo na prática das mudanças que a Nova Lei Nacional de Adoção se propõe a trazer no contexto de institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil. A posição mais ativa da equipe técnica da instituição de acolhimento fica evidente, por exemplo, no que diz respeito aos atendimentos prestados pela própria equipe, que eram praticamente inexistentes durante o primeiro acolhimento e foram referidos como frequentes no segundo. Outro aspecto que mostra esta posição mais ativa diz respeito à articulação da rede de atendimento. Parece ter ficado claro que a equipe da instituição elaborou o Plano Individual de Atendimento, encaminhando a menina e a família para os serviços que melhor correspondessem às suas demandas. Da mesma forma, a rede agiu de forma articulada,

havendo comunicação entre os serviços envolvidos (neste caso, a psicóloga e a assistente social da instituição de acolhimento e a secretaria de habitação do município) para que a melhor medida fosse tomada. Assim, sabe-se que muito ainda falta para que as instituições de acolhimento sejam vistas como ideais, mas através deste estudo de caso foi possível perceber que as mudanças vêm ocorrendo e que, portanto, a Nova Lei Nacional de Adoção têm provocado mudanças positivas no contexto dos atores envolvidos na institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil.

**Área temática:** Redes**.**

**Descritores:** Assistência à Saúde; Criança Institucionalizada; Família.

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal 8.069/1990. Brasília; 1990.

2. Brasil. Nova Lei Nacional da Adoção. Lei Federal 12.010/2009. Brasília; 2009.

3. Rizzini I, Rizzini I, Naiff L, Baptista R. Acolhendo crianças e adolescentes: experiências de promoção à convivência familiar e comunitária no Brasil. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF; CIESPI; Rio de Janeiro: PUC-RIO; 2006.

4. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Editora 70; 1977.

# SUPERANDO BARREIRAS PARA IMPLANTAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

# OVERCOMING BARRIERS TO THE IMPLEMENTATION OF OUTPATIENT FOLLOW THE VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE

# SUPERAR LAS BARRERAS PARA LA APLICACIÓN DEL AMBULATORIO SIGUEN LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

ROSSATO, Verginia Medianeira Dallago1
HODALI, Namir Ferreira El2
PIMENTA, Flores Lizandra3
PREVEDELLO, Patricia Vedovato4

1Doutora em Educação e Ciências: Química da Vida e Saúde pela UFSM. Enfermeira do Núcleo de Vigilância Epidemiológico Hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria- RS. Email: vmrossato@yahoo.com.br
2Farmacêutico Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada ao Sistema Público de Saúde – Universidade Federal de Santa Maria.
3Enfermeira Obstetra do Hospital Universitário de Santa Maria. Doutora de Epidemiologia em Saúde Pública-Fiocruz.
4Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada ao Sistema Público de Saúde – Universidade Federal de Santa Maria.

**Introdução:** O Hospital Universitário de Santa Maria- RS (HUSM) é referência para o atendimento às vítimas de violência sexual para o Município e Região de abrangência. Através de uma parceria com o Estado do Rio Grande do Sul em 2005, o HUSM aderiu ao programa sentinela criando o Observatório de Vigilância de Acidentes e Violência, que tem a função de fazer a busca ativa para registro em banco de dados de acidentes e violência atendidos no HUSM. Com a introdução da Notificação das Violências Doméstica, Sexual Violências e/ou outras Violências Interpessoais, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2010, o Observatório passou a funcionar junto ao Núcleo de Vigilância Epidemiológico (NVEH) do HUSM criado em 2006 pela Instituição. O Centro Obstétrico (CO) do HUSM funciona 24 horas, atende em caráter de emergência as vítimas, disponibilizando medicações profiláticas, solicita os exames laboratoriais previstos nestes casos e encaminha para o atendimento de seguimento no ambulatório de infectologia do HUSM e para o serviço de psicologia externo. Para o Ministério da Saúde, considera-se violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si

próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. A ficha de notificação atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei no 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei no 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória[1,2]. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) estabelece uma tipologia de três grandes grupos segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida), violência que inclui a doméstica e a comunitária e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias). Para Njaine et al., a violência doméstica/intrafamiliar são as variadas formas de violência interpessoal (violência ou agressão física, violência ou abuso sexual, violência ou abuso psicológico, negligência, e outras), sendo perpetradas por um (a) ou mais autores (as) com laços parentescos consanguíneo ou por afinidade (vínculo conjugal formal ou informal) com a vítima. Também se considera violência doméstica quando há vínculos afetivos e/ou relações de poder (física, etária, social, psíquica e/ou hierárquica) entre autor (es) e vítima(s).[3] **Objetivos:** Relatar nossa trajetória no atendimento e notificação das vítimas de violência sexual atendidas no Centro Obstétrico (CO) do HUSM, bem como as ações realizadas no serviço para oferecer um atendimento adequado as Vítimas de Violência Sexual, e consolidar as ações conjuntas dos serviços de saúde que atuam no Atendimento e Acolhimento das Vítimas de Violência Sexual. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado por equipe multiprofissional do HUSM/UFSM, sobre duas capacitações realizadas no serviço e de reuniões multidisciplinares para oferecer um atendimento adequado, humanizado e resolutivo às Vítimas de Violência Sexual atendidas no HUSM. **Resultados:** Em novembro de 2012 os Núcleos de Vigilância do Estado foram chamados para reunião em Porto Alegre, onde foi informado que o Ministério da Saúde teria como prioridade o atendimento as vítimas de violências sexuais através de capacitações que seriam feitas nos serviços, com verbas para projetos que visassem à prevenção da violência entre outros. A Equipe Diretiva do HUSM optou por receber em junho deste ano a capacitação para o atendimento as vitimas de violência sexual. Inicialmente foi realizada uma capacitação no HUSM, com os profissionais que atendem vítimas de violência sexual. Esta atividade foi coordenada por um médico representante do Ministério da Saúde, membro do Projeto Superando Barreiras, projeto que tem como objetivo prover serviços de atendimento a mulher que sofre violência sexual, incluindo a interrupção legal da gravidez, de forma que este atendimento se torne uma rotina normal/regular nos hospitais brasileiros. Este evento contou com a participação de 131

profissionais de diferentes categorias, tais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, delegados de polícia, entre outros. Os participantes representaram os serviços que direta ou indiretamente estão envolvidos com o atendimento as vítimas. Durante essa capacitação, detectamos que dos 33 casos de violência sexual, atendidos e notificados pelo HUSM, em 2012, nenhum buscou o serviço de psicologia para acompanhamento, situação apontada pelo coordenador do evento como prioritária para as vítimas; diante desta realidade, entendemos a necessidade de aproximação com o Departamento Médico Legal (DML), para a coleta de material no mesmo local de atendimento as vítimas, evitando assim a vitimização; necessidade do serviço dispor de Imunoglobulina para prevenir a contaminação por hepatite B; a necessidade da vítima receber atendimento ginecológico e psicológico no ambulatório do HUSM; de discussão, revisão e divulgação do fluxo de atendimento as violências sexuais; elaboração de documento solicitando a Direção posicionamento sobre este atendimento, incluindo interrupções de gravidez prevista em lei (Portaria MS/GM 1.508/05; Resoluções CFM, 1989), bem como a necessidade de ampliarmos o serviço com atendimento multidisciplinar para as vítimas de violência sexual na emergência e no seguimento ambulatorial. Por necessidade detectada no referido encontro foi realizada em julho deste ano uma nova capacitação, feita por representantes do Estado, para notificação das violências. O evento teve a participação de 98 profissionais sendo que destes 74 eram do Município de Santa Maria, 26 representavam o HUSM e os outros 48 profissionais representavam os outros serviços de Saúde do Município. Dos participantes de outros serviços de saúde do Município de Santa Maria, o serviço que teve maior número de integrantes foi os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com 24 profissionais, seguido das Unidades Básicas de Saúde com 12 profissionais. Do total dos participantes 24 profissionais representavam outros 17 Municípios pertencentes a nossa região de abrangência. Importante ressaltar que os eventos e as reuniões feitas possibilitaram o encontro/reencontro de pessoas sensibilizadas com a causa, a identificação de aliados e percepção de pontos que poderiam ser corrigidos e de outros que poderiam ser discutidos para buscar resolução a curto, médio e longo prazo. Neste período, instituiu-se o "Grupo Pró Criação do Ambulatório de Atendimento as Vítimas de Violência Sexual, que tem como objetivo a concretização e otimização do Atendimento as vítimas de violência sexual, colocando o HUSM efetivamente como centro de referência para este atendimento. O grupo é integrado por advogado, enfermeiro, serviço social, psicóloga e residente multiprofissional, que com reuniões periódicas vem encaminhando o cumprimento das metas estabelecidas e acordadas. **Conclusões:** O atendimento integral as vítimas de violência é uma realidade que não esta longe de se consolidar, e o HUSM como hospital referência para esse tipo de atendimento deve ser um potencializador para que o atendimento seja realizado adequadamente, de forma humanizada e resolutiva. Lembrando da importância e da necessidade de articular o trabalho em rede, do atendimento multiprofissional e do investimento na formação de pessoal, além de fomentar a

aproximação dos diferentes serviços que podem efetivamente ser nossos parceiros neste processo.

**Área temática:** Redes.

**Descritores:** Violência Sexual; Assistência Ambulatorial; Assistência à saúde.

**Descriptors:** Sexual Violence, Ambulatory Care; Delivery of Health Care.

**Descriptores:** Violencia Sexual, Atención Ambulatoria; Prestación de Atención de Salud.

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e /outras, violências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/Dant/Instrutivo_Violencias.pdf. Acesso em: 26 dez. 2011.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – 2. ed. – Brasília, DF: Editora do Ministério da saúde, 2011.

3. Njaine K, et al. (Org.). Impactos da violência na saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, EAD, 2009.

# REDE INTERSETORIAL NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES RURAIS: TECENDO ALGUMAS REFLEXÕES

# INTERSECTORAL NETWORK ON FACING VIOLENCE AGAINST RURAL WOMEN: CREATING SOME REFLECTIONS.

# RED INTERSECTORIAL EN EL ENFRENTAMIENTO DE LA VIOLENCIA CONTRA MUJERES RURALES: TEJIENDO ALGUNAS REFLEXIONES.

BERVIAN, Gabriela.1
BORTH, Luana Cristina.2
COSTA, Marta Cocco.3
HEISLER, Eliana.4
HONNEF, Fernanda.5
LIMA, Luisa Rodrigues.6
MARION, Leticia.7
ZENI, Aléxia Cassol.8

1Acadêmica do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Membro do Grupo de Pesquisas em Saúde Coletiva (NEPESC)- Enfermagem UFSM, campus de Palmeira das Missões. E-mail: gabrielabervian@hotmail.com.br
2 Acadêmica do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Bolsista IEX/CNPQ. Membro do Grupo de Pesquisas em Saúde Coletiva (NEPESC)- Enfermagem UFSM, campus de Palmeira das Missões. E-mail: luanaborth@hotmail.com.
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta I do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. E-mail: marta.c.c@ufsm.br.
4 Acadêmica do III semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Bolsista do Programa PIBIC/CNPQ. Membro do Grupo de Pesquisas em Saúde Coletiva (NEPESC) - Enfermagem UFSM, campus de Palmeira das Missões. E-mail: elianaheisler@yahoo.com.br.
5 Acadêmica do III semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Bolsista do Programa FIPE. Membro do Grupo de Pesquisas em Saúde Coletiva (NEPESC)- E-mail: fernanda_h_10@hotmail.com.
6 Acadêmica do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Membro do Grupo de Pesquisas em Saúde Coletiva (NEPESC) - Enfermagem UFSM, campus de Palmeira das Missões. E-mail: enf.luisalima@hotmail.com.
7 Acadêmica do III semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Membro do Grupo de Pesquisas em Saúde Coletiva (NEPESC) - Enfermagem UFSM, campus de Palmeira das Missões. E-mail: letimarion@hotmail.com.

8 Acadêmica do III semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Membro Grupo de Pesquisas em Saúde Coletiva (NEPESC) - Enfermagem UFSM, campus de Palmeira das Missões. E-mail: alexiacassol@hotmail.com.

**INTRODUÇÃO:** A violência de gênero, principalmente contra a mulher é muito complexa por ser uma problemática de abordagem interdisciplinar e que recentemente iniciou suas discussões no campo da saúde[1]. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 conceituou a violência contra a mulher como "qualquer ato de violência baseado no gênero, que resulte em sofrimento físico, sexual ou psíquico-emocional à mulher, ocorrido em vida pública ou privada"[2]. Desde seus primórdios foi tratada pelos setores de justiça, segurança pública e para a população em geral a violência ainda é vista como um problema a ser tratado por esses setores. Com tudo a violência contra mulheres por afetar a vida, sua conduta, seu emocional, e a vida dos que a circundam, trata-se de um problema de saúde e de saúde pública. A violência contra a mulher acontece mundialmente, em todas as classes sociais, raças, religiões, ensino, profissões, etnias. Em sua maioria, os agressores tem uma relação íntima com a mulher que sofre violência e por ela depender de um relacionamento tanto emocional como financeiro acaba tendo dificuldades morais, emocionais e materiais para lidar e falar sobre esse evento. Em estudo realizado as mulheres relataram sentir: vergonha ou humilhação; culpa ou medo de serem culpadas pela violência; temor pela sua segurança e a de seus filhos; falta de controle sobre suas vidas; esperança de que o agressor mude, dado que ele promete; medo de perder os filhos; vontade de proteger o parceiro por razões econômicas ou afetivas[1]. Isso ocorre por heranças culturais do patriarcalismo, em que a partir do matrimônio a mulher passa a ser propriedade de seu marido, sendo submissa, muitas vezes. Como a violência era vista como um problema de intervenção primária dos setores de segurança pública e do sistema judiciário, por muito tempo os profissionais da saúde tiveram e ainda tem o entendimento de que sua atuação restringe-se as consequências físicas da violência, sendo realizado apenas o cuidado curativista e não a prevenção e promoção da saúde em relação à violência. Entretanto, atualmente, este fenômeno tem sido compreendido cada vez mais, como um importante problema de saúde e da saúde pública[3]. Ao se pensar a violência contra as mulheres rurais, pode-se refletir sobre a sua sobreposição e potencialização em contextos adversos e de exclusão. O distanciamento dos recursos coletivos de atenção social e de proteção soma-se às grandes distâncias geográficas dos centros urbanos, onde se encontram tais recursos, favorecem a invisibilidade e o não enfrentamento dessas situações[4]. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência tem implicações dramáticas não apenas na vida da mulher, mas também atinge as pessoas e famílias que estão mais próximas. Pelo impacto no bem-estar dessas famílias trata-se de um problema social de saúde publica e por isso o seu enfrentamento precisa estar pautado em ações em rede. Considerando-se rede o conjunto articulado de serviços de justiça, segurança, educação, saúde, assistência social, capacitação dos profissionais, visando à sensibilização a cerca do problema que requer sensibilização,

identificação e enfrentamento. **OBJETIVO:** Este resumo tem por finalidade traçar algumas reflexões críticas sobre a violência contra as mulheres rurais, na perspectiva do campo da saúde e da rede intersetorial, pontuando os desafios para efetivação e construção de serviços e da rede de cuidado local de atenção a essa problemática. **METODOLOGIA:** O resumo tem por base uma pesquisa intitulada "Rede de cuidado e ações intersetoriais na atenção as mulheres rurais em situação de violência", que busca o desenvolvimento de reflexões que ampliem a compreensão, a visibilidade do problema e as interfaces intersetoriais necessárias no enfrentamento desse fenômeno. Para o embasamento teórico deste estudo e aproximação dos acadêmicos com a temática apresentada, realizaram-se leituras em artigos, cadernos de saúde pública, textos e políticas públicas voltadas à temática da violência contra as mulheres rurais, o campo a saúde e as redes de cuidado. **RESULTADOS** Com as pesquisas e as leituras realizadas em artigos e materiais científicos, notou-se que existem poucos estudos relacionados com a violência contra mulher, e quando há, o tema é de uma abordagem ampla e não unidirecional, como exemplo, temos a violência contra as mulheres rurais que é pouco abordada na saúde pública, por estarem afastadas dos centros urbanos e muitas vezes acabam não sendo vistas e estudadas suas especificidades e singularidades. Tratando-se das mulheres que residem e trabalharam em cenários rurais, evidencia-se que são mais vulneráveis, pois possuem dificuldades em receber e buscar informações falta de acesso aos serviços estatais e essas dificuldades acabam afetando também o campo da saúde no enfrentamento de esta problemática. No campo da saúde, vários estudos mostram que os profissionais têm ainda dificuldades em reconhecer a violência como de sua responsabilidade e acabam restringindo os cuidados e atendimentos aos sintomas, às queixas clínicas, e à parte do corpo supostamente comprometida. Sabe-se que as mulheres, em situação de violência tendem a procurar os serviços de saúde frequentemente, mas a assistência acaba tendo um baixo poder resolutivo, isso demonstra que as equipes da saúde não estão preparas para lidar com esse evento, o que se agrava quando elas não expressam verbalmente a agressão[5]. Os serviços de saúde têm o dever de se constituir como um local de acolhimento e elaboração de projetos de apoio às mulheres em situação de violência[5]. No entanto, reconhece-se a necessidade do enfrentamento intersetorial, assim as redes intersetoriais tem o papel de buscar minimizar os problemas enfrentados pelas mulheres que sofrem violências, possibilitando uma vida mais digna e segura. Porém, atualmente um dos desafios é a consolidação da rede, pois em cada setor existem diferenças da finalidade dos trabalhos, formando barreiras para a realização dos atendimentos. Acontecem os encaminhamentos, mas existem falta de comunicação e entendimento da assistência que deve ser prestada a essas mulheres, e isso acaba fragmentando, sendo que na área rural isto tornando-se ainda mais grave. A rede precisa ser flexível e articulada, buscando a elaboração e implementação de ações conjuntas para a resolução desse agravo[4]. Além disso, cabe salientar que se para as equipes de cada tipo de serviço o problema a ser enfrentado é parcial, com foco no que é específico do setor no qual estão inseridas, para as

mulheres o problema é único. E, dependendo das suas necessidades, essas mulheres são obrigadas a percorrer diversos serviços, obtendo respostas insatisfatórias ou burocráticas. Por isso e pela complexidade dessa problemática, é necessário oferecer uma resposta global, sistêmica e construção de redes de serviços para seu enfrentamento. Frente a isto, constata-se a necessidade de discutir e formular práticas e programas intersetoriais direcionados a promoção e prevenção das situações de violência enfrentadas pelas mulheres rurais, construindo assim, um vinculo com elas, motivando dessa maneira o compromisso e a responsabilidade dos vários setores saúde no enfrentamento dessa problemática. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**: O estudo desta temática é de suma importância, pela sua complexidade e pela necessidade de intervenção intersetorial, especialmente direcionada as mulheres rurais, que muitas vezes são desassistidas pela saúde, pela educação entre outros setores, por encontrarem-se distantes dos locais em que poderiam buscar ajuda e também pelo fato dos profissionais não possuírem a visibilidade suficiente para tal e pelo fato que a violência no âmbito rural ainda é pouco explorada pelos estudos. Coloca-se como desafio para o trabalho em rede a superação dos conflitos e das divergências quanto à concepção do objeto e às formas de intervenção, que as diferenças de compreensão não impliquem impasses, mas ações articuladas e complementares na assistência às mulheres. O fortalecimento da intersetorialidade e das ações coletivas com o enfoque nas necessidades das mulheres rurais é fundamental, e que haja o compromisso de se considerarem os problemas sociais que atravessam a vida dessas usuárias dos serviços como relacionados ao processo de adoecer, como nesse caso, a violência.

**Área temática:** Redes intersetoriais na violência contra as mulheres rurais.

**Descritores:** Violência contra a Mulher; Saúde da População Rural; Ação Intersetorial; Profissionais da Saúde.

**Referências**

1. Schraiber LB, Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Caderno de Saúde Pública.** 2009, Rio de Janeiro, 25(2):205-216.

2. Vertamatti MAF, Abreu LC, Drezett J, Valenti VE, Barbosa CP. Tempo decorrido entre agressão sexual e a chegada aos serviços de saúde no Brasil. **Journal of Human Growth and Development**. 2013, 23(1): 46-51.

3. Dowling C. Complexo de Cinderela.

4. Costa MC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Revista da Escola da Enfermagem USP**. 2012; 46(5):1088-1095.

5. Santos MA, Vieira EM. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Comunicação, saúde e educação**. 2011, 15(36):93-108.

# REDE DE CUIDADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE - PET-SAÚDE/REDES

# NETWORK OF CARE FOR PEOPLE WITH DISABILITIES: THE EDUCATION PROGRAM WORK FOR HEALTH - PET-SAÚDE/REDES

# RED DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD: PROGRAMA DE EDUCACIÓN POR EL TRABAJO PARA LA SALUD - PET-SAÚDE/REDES

COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos1
RESTA, Darielli Gindri2
SARTURI, Fernanda3
CARPES, Eveline4
LIMA, Fabiane5
ÁVILA, Ana Andreia Ignácio6

1 Professora; Doutora em Enfermagem; Tutora do Pet Saúde/Redes pessoas com deficiência - UFSM Palmeira das Missões; Relatora do trabalho; email: enfbel@yahoo.com.br
2 Professora; Doutora em Enfermagem; Tutora do Pet Saúde/Redes pessoas com deficiência - UFSM Palmeira das Missões.
3 Professora; Mestre em Enfermagem; Coordenadora do Pet Saúde/Redes UFSM Palmeira das Missões.
4 Assistente social; Pet Saúde/Redes pessoas com deficiência UFSM Palmeira das Missões.
5 Enfermeira; Pet Saúde/Redes pessoas com deficiência UFSM Palmeira das Missões.
6 Psicóloga; Pet Saúde/Redes pessoas com deficiência UFSM Palmeira das Missões.

Este trabalho é uma nota prévia do projeto "Rede de cuidado às pessoas com deficiência no município de Palmeira das Missões" aprovado no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Redes de Atenção à Saúde. A temática da deficiência é um tema importante na atualidade e envolve uma complexidade de elementos relativos ao campo da saúde, educação, direitos e inclusão social. O dimensionamento da problemática da deficiência no Brasil, tanto em termos quantitativos ou qualitativos é um desafio, em razão da pouca produção de dados sobre essas situações no cenário nacional. Os dados registrados pelo Censo 2010 estão muito aquém, comparados às realidades registradas no cenário mundial. De acordo com o Censo de 2010 (IBGE, 2010), 34% da população residente no município de Palmeira das Missões é portadora de algum tipo de deficiência como visual, auditiva, motora ou mental. A maior parte das deficiências registradas foi adquirida ao longo da vida, o que demostra a necessidade de ações contínuas de saúde e a importância da discussão e construção da rede de cuidados. Nesse sentido, ao dialogar com

os diferentes serviços pode-se visualizar a situação da rede de cuidados a pessoas com deficiência no Município de Palmeira das Missões. Esse projeto conta com a articulação entre as unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), as ações da atenção especializada representada pela Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAE) e pelo Centro de Atenção Especializada (CAE), o atendimento hospitalar do Hospital de Caridade de Palmeira das Missões e das regiões de saúde representadas pela 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). As unidades de saúde da família desenvolvem algumas atividades voltadas aos portadores de deficiência nas diferentes etapas da vida, destacando-se: ações de cunho preventivo, educativo e de assistência; garantia do direito a consultas médicas e de enfermagem; realização de visitas domiciliares; acompanhamento odontológico; realização de exames e fornecimento de medicações asseguradas pelo SUS; encaminhamento ao Estado para órteses e próteses. A equipe multidisciplinar da APAE/CAE realiza 412 procedimentos/mês, atendendo a uma demanda espontânea e usuários encaminhados por escolas, Coordenadoria Regional de Saúde, médicos pediatras. Os procedimentos realizados pela instituição são assistenciais. A cada ano a APAE recebe em média 60 novos casos que são acompanhados pelo atendimento especializado nas áreas de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, assistência social, pediatria, hidroterapia, terapia ocupacional, neurologia e psiquiatria. Na Coordenadoria Regional de Saúde são registradas demandas de pessoas com deficiência principalmente aquelas que provêm de famílias de baixa renda, as quais são direcionadas à avaliação para atendimento especializado com comprometimento do Estado. O Hospital de Caridade de Palmeira das Missões absorve a demanda por internações de complicações decorrentes das situações de deficiência, necessitando construir parcerias importantes para a formação da rede de cuidado. A mensuração da realidade de pessoas que são portadoras de alguma deficiência reforça a importância da temática como uma área prioritária de investimentos dos diferentes campos, sobretudo da saúde, favorecendo a formulação de políticas que vislumbrem a produção de cidadania a esse público. Ainda, a construção da rede de cuidados à pessoa com deficiência comunica-se com o Plano Nacional de Saúde 2012/2015 alinhando-se aos desafios de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde para que a população tenha acesso a serviço de qualidade, com equidade e compromissos pactuados na rede de atenção à saúde, principalmente com a articulação dos serviços integrados nesta proposta (APAE/CAE, ESFs, Hospital e CRS) e articulação intersetorial. Assim, entende-se como fundamental o investimento e o envolvimento dos serviços em prol da Rede de Cuidados à pessoas com deficiência no município de Palmeira das Missões. Essa articulação mostra-se como um importante espaço para a formação acadêmica e construção de parcerias com a comunidade. **Objetivo:** a proposta da rede de cuidados a pessoas com deficiência tem como objetivo buscar a integração de serviços e ações em saúde, sobretudo aquelas do âmbito da Atenção Básica, buscando seu fortalecimento como coordenadora do cuidado. Ainda, promover trabalho em rede com o apoio das tecnologias como linhas de cuidado e matriciamento para o devido acolhimento das demandas pelas ESF. Buscar a co-

responsabilização e contínua reflexão dos profissionais da rede sobre as situações de deficiência. Inserir e desenvolver estratégias de atuação dos estudantes dos Cursos de Graduação da Saúde e sua articulação com os serviços e comunidade. **Metodologia:** A fim de viabilizar o funcionamento dos serviços da rede de atenção à pessoa com deficiência serão desenvolvidas ações capazes de fortalecer o sujeito com deficiência dentro da sua família e do seu contexto de vida, destacando-se: construção de linhas de cuidado, produção da autonomia, integralidade e matriciamento. Para isso, almeja-se integrar ensino-serviço-comunidade por meio de atividades acadêmicas coerentes com as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da área da Saúde, bem como possibilitar encontros de educação permanente com o propósito de qualificar os serviços do município. A proposta de construção da rede de cuidados a pessoa com deficiência visa desenvolver ações integradas, as quais serão construídas com o envolvimento e participação de docentes e discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Palmeira das Missões, de profissionais dos serviços da Atenção Básica, da APAE/CAE, CRS e Hospital. As ações consideradas prioritárias são: construção de uma agenda compartilhada pelos profissionais dos serviços envolvidos na rede de atenção, com vistas à integração e continuidade do atendimento; realização de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde ao indivíduo, família e comunidade, buscando a co-responsabilização no território de abrangência da equipe da ESF e a produção de autonomia dos sujeitos envolvidos; garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, estabelecendo as linhas de cuidado (fluxogramas); garantia de atendimento domiciliar a pessoa com deficiência e sua família, visando à integralidade das ações por meio do conhecimento da realidade dos usuários; divulgação da rede e dos serviços oferecidos, buscando o acolhimento das demandas; capacitação dos profissionais envolvidos no cuidado; criação de protocolos específicos para atendimentos das pessoas com deficiência. **Resultados esperados:** A partir das ações mencionadas esperam-se resultados na formação acadêmica e na qualidade dos serviços oferecidos. Para os cursos de graduação busca-se a inserção e atuação dos acadêmicos e docentes nos serviços, efetivando o trabalho em rede. Os resultados e indicadores nos serviços de saúde poderão ser observados com: a articulação das ações entre os serviços; a melhoria na qualidade de vida das pessoas com deficiência e família; o empoderamento dos usuários dos serviços e o atendimento a suas necessidades, entre outras.

**Área temática:** Redes

**Descritores:** Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Pessoas com deficiência.

**Keywords:** Delivery of Health Care; Primary Health Care; Disabled Persons.

**Palabras clave:** Prestación de Atención de Salud; Atención Primaria de Salud; Personas con Discapacidad.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PET SAÚDE REDES E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ENFRENTAMENTO DO ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS.

# PET HEALTH NETWORKS AND COPING IN PSYCHOSOCIAL CARE OF ALCOHOL, AND OTHER DRUGS CRACK.

# REDES DE SALUD PARA MASCOTAS Y HACER FRENTE EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS CRACK.

TISOTT, Zaira Letícia1
MARTINS, Ricardo Vianna.2
HILDEBRANDT, Leila Mariza.3
GOMES, Iris Elizabete Messa.4

1Acadêmica do Curso de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria UFSM/Campus de Palmeira das Missões. Bolsista do Núcleo de Tecnologia Educacional NTE/GR do Curso de Pós- Graduação em Gestão da Organização Pública em Saúde EaD. E-mail: zaira.tisott.@hotmail.com
2 Psicólogo, Dr. em Psicologia. Professor adjunto da Universidade Federal de Santa Maria UFSM/Campus de Palmeira das Missões. Tutor do projeto PET Saúde redes na atenção psicossocial.
3 Enfermeira, Msc em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP, Professora assistente da Universidade Federal de Santa Maria UFSM/Campus de Palmeira das Missões.
4 Acadêmica do Curso de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria UFSM/Campus de Palmeira das Missões.

**INTRODUÇÃO:** A dependência química se tornou um importante problema de saúde pública e tem desafiado os profissionais da saúde a compreenderem o perfil do usuário de substâncias psicoativas, em vista da necessidade de aperfeiçoar a abordagem com esta população. O desafio de construir espaços coletivos de produção de linha de cuidado em saúde mental, contemplando a operacionalização do conceito de rede tem sido uma constante junto às discussões aflorada por meio de dispositivos como roda de conversa, fóruns e cursos temáticos. Tem-se trabalhado na lógica da inclusão dos diferentes sujeitos envolvido no processo de produção de saúde, a fim de buscar superar o modelo hegemônico curativista, pouco articulado com o trabalho em rede. O resultado desse modelo é a fragmentação de serviços ainda presentes no cotidiano do trabalho. Com vistas à construção do cuidado integral em rede e a aposta na transversalidade, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica, o projeto Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/PET Saúde/Redes de Atenção à Saúde foi construído interligando a Universidade Federal de Santa Maria UFSM- Campus Palmeira das Missões, a Secretaria Municipal de

Saúde de Palmeira das Missões e a Secretaria Estadual de Saúde por meio da 15ª e 19ª Coordenadorias Regionais de Saúde. Esse projeto foi aprovado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde, portaria conjunta número 9, de 24 de junho de 2013. O PET/Saúde Redes de Atenção à Saúde está relacionado ao desenvolvimento e expansão dos grupos constituídos a partir dos componentes curriculares, de projetos de extensão e pesquisa e contribuirá para que os investimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) na região se façam de forma a produzir e fortalecer redes de atenção coordenadas pela atenção básica de saúde. Além disso, vai interferir na formação dos trabalhadores do campo da saúde, tanto dos docentes e discentes da UFSM/Campus de Palmeira das Missões como dos profissionais da rede de saúde locorregional. A proposta do projeto é fortalecer as redes de atenção à saúde, implementando linhas de cuidado, potencializando a atenção básica de saúde como coordenadora do cuidado. Além disso, este projeto toma Redes, Linhas de Cuidado, Clínica Ampliada/Projetos Terapêuticos e Cogestão como referenciais teórico-operacionais para a produção das redes, da gestão e do cuidado[1]. Os pontos da rede vinculados, que fazem parte da implementação desta proposta, são: seis Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF); 01 Unidade Básica de Saúde (UBS); o Centro de Planejamento e Atenção a Saúde da Mulher (CEPAM), o Hospital de Caridade de Palmeira das Missões (HCPM), instituição que conta com 100 leitos distribuídos entre as clínicas médica, cirúrgica, maternidade, pediatria e berçário; o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), que conta com duas unidades, sendo uma de suporte básico de vida e outra de suporte avançado de vida; e a Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAE). Cada rede de atenção é composta por um tutor e seis preceptores de diferentes categorias profissionais. As atividades desenvolvidas por todos os grupos são: fluxogramas analisadores de serviços e linhas de cuidado; Projeto Terapêutico Singular (PTS) nas diferentes redes prioritárias; participação em reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região 15 do Rio Grande do Sul; apoio para equipes das diferentes unidades de produção que compõe a rede; articulação com a comunidade acadêmica e movimentos sociais; reuniões com equipes e entre os integrantes das redes; rodas de conversa, articulando modos de atenção e de gestão; experimentação no trabalho em rede e processos de cogestão. A rede de atenção psicossocial relacionada ao uso de álcool, crack e outras drogas está inserida nesse projeto de maneira a fortalecer suas ações e trabalhar em redes. A assistência em saúde mental, em Palmeira das Missões, organiza-se a partir das ESFs que, atualmente, cobrem cerca de 60% do território do município, de uma população total de 34.328 habitantes[2]. Além das ESFs conta com uma equipe multiprofissional do ambulatório de saúde mental (médico psiquiatra, psicóloga, assistente social, enfermeira e técnico de enfermagem), serviço este em transição para um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I). As ESFs caracterizam-se como porta de entrada de um sistema integrado e regionalizado em saúde. Na perspectiva de ampliar a clínica, a equipe do ambulatório de saúde mental corresponsabiliza-se com o cuidado dos usuários, além de fornecer suporte técnico especializado e intervenções que auxiliam a clínica ampliada,

atuando conjuntamente com outros agentes, como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), o Conselho Tutelar, Organizações não Governamentais (ONGs), entre outros. As demandas da saúde mental provêm de encaminhamentos da rede e por demanda espontânea, sendo significativamente de pessoas usuárias de álcool e drogas, destes a maioria necessita de internações psiquiátricas em leitos de saúde mental em hospitais gerais da região. Também são realizadas visitas domiciliárias, acompanhamento com família, atividades coletivas como grupos e oficinas terapêuticas. Frente ao contexto da rede de assistência em saúde mental no município, considera-se de grande importância à implementação das ações do PET/Saúde Redes, por propiciar a integração do ensino, pesquisa e extensão, baseado nos princípios de integralidade, intersetorialidade, corresponsabilidade, humanização, bem como trabalho em rede. Assim, o referido projeto pode contribuir no processo de construção de modelo de cuidado integral, baseado nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, a qual preconiza resgatar as potencialidades dos recursos do território a sua volta, pois todos estes devem ser incluídos na assistência a saúde. Ainda, como resultando desse projeto, espera-se a garantia da reinserção e reabilitação psicossocial, priorizando a gestão da vida cotidiana do usuário. **Objetivos:** Ativar a rede e matriciamento para atenção básica; desenvolver uma linha de cuidado para usuários de álcool e outras drogas, diminuir o índice de internações hospitalares; promover inclusão social, reduzir os riscos pelo uso de álcool e outras drogas, utilizar o PTS como principal ferramenta para gestão do cuidado a fim de revelar itinerários terapêuticos existentes e elucidar novos caminhos. **Metodologia:** De acordo com as orientações do tutor e acompanhado pelos preceptores, os alunos bolsistas irão colaborar junto às oficinas terapêuticas, incorporando recursos da arte, cultura, esporte, lazer, compreendendo aqui a inserção de expressões artísticas[3]. Os alunos e os preceptores participarão de ações de apoio matricial e desenho do fluxo do usuário na rede assistencial em saúde mental. Junto à 15ª CRS, através da psicóloga, acompanharão as avaliações dos serviços, bem como as internações hospitalares realizadas nos hospitais de referência. Finalmente, junto a equipe de atenção básica e saúde da família, irão desenvolver Projeto Terapêutico Singular e mapeamento das redes de cuidado em Saúde Mental. **Resultados:** Por ser uma nota prévia, ainda não estão disponíveis os resultados. **Conclusão:** Espera-se, a partir dos objetivos elencados para esta rede temática, desenvolver apoio matricial aos pontos da rede, (re) desenhando o fluxo destes usuários a fim de revelar a linha de cuidado, fortalecendo a Atenção Básica como coordenadora da rede. Almeja-se a realização de como principal ferramenta para a gestão do cuidado. Sob estas perspectivas, será oportunizada a qualificação da formação dos acadêmicos envolvidos, trabalhadores e docentes da UFSM/Campus Palmeira das Missões.

**Descritores:** Saúde Mental; Saúde Pública; abuso de substâncias.

**ÁREA TEMÁTICA:** REDES

**REFERÊNCIAS**

1. Cunha G T, Campos G W S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude soc.* [online]. 2011, vol.20, n.4, pp. 961-970. ISSN 0104-1290.

2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/ IBGE, 2010. Disponível emhttp://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/pesqmun.php?nomemun=palmeira%20das%20miss%F5es. Acesso em 27 de junho de 2013.

3. Amarante P, Nocam F. (Org.) Saúde Mental e Arte. Práticas, saberes e debates. São Paulo: Zagodoni, 2012.

# O CUIDADO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DISPENSADO ÀS MÃES QUE DECIDEM ENTREGAR OS FILHOS À ADOÇÃO

FARAJ, Suane Pastoriza1
SIQUEIRA, Aline Cardoso2

1Psicóloga, Mestranda, Universidade Federal de Santa Maria, Mestranda do PPGP Contato: suanef@yahoo.com.br
2Psicóloga, Doutora em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Profa. Dra. do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM.

**Introdução:** A entrega do filho para adoção na maternidade é abordada pela Lei nº 12.010, conhecida como a "Nova Lei Nacional de Adoção"[1]. Esta lei preconiza o acolhimento e acompanhamento das gestantes que manifestarem o desejo de entregar o filho para adoção, contudo, a legislação não informa como deverá ser realizado o atendimento nas instituições de saúde[1]. A prática de profissionais da saúde diante de situações em que a mãe decide entregar o filho para adoção foi relatada no estudo realizado Boing e Crepaldi[2]. Este expõe que, o serviço de psicologia desenvolvido na maternidade de um Hospital de Santa Catarina vem desenvolvendo um trabalho voltado tanto para as mães que decidem entregar o filho para adoção como para os bebês que são entregues. A intervenção visa assegurar o desenvolvimento emocional, físico e mental dos bebês, a partir da transmissão de afeto, carinho e atenção proporcionados pelos psicólogos e estagiários de psicologia do serviço. Além disso, oferece uma escuta, livre de influência e julgamento à mãe/família a respeito de todos os aspectos que envolvem a decisão de entregar o filho para adoção. Assim é oferecido suporte para mãe e filho através do acolhimento do desejo de entrega da mãe e, também, por meio da maternagem ao bebê, visto que as rupturas de cuidado nessa fase da vida podem deixar marcas no desenvolvimento infantil[2]. De acordo com Diniz[3], a neutralidade dos profissionais de saúde parece fundamental para evitar uma (re)ligação do interesse materno pela criança, bem como, prevenir as entregas forçadas[3]. No entanto, apesar de uma legislação vigente e estudos na área que destacam a importância de promover o cuidado ao bebê e à gestante que decide entregar o filho para a adoção, ainda se tem relatos de abandono de crianças, ocorrendo estes, muitas vezes, de maneira anônima e em lugares de risco, pois parece ser inaceitável socialmente o fato de uma mulher entregar seu filho. A literatura tem atribuído este posicionamento social ao que a pesquisadora Badinter nomeou como mito do amor materno[4]. O mito do amor materno contribui para reforçar a importância da figura materna na atenção e cuidados frente a seus filhos. No entanto, esta concepção pode levar a uma violação dos direitos da gestante e da criança, pois os profissionais da saúde podem interferir na decisão de uma mãe em entregar o filho,

pautados em crenças oriundas do mito do amor materno. **Objetivos:** O presente estudo objetivou compreender como são os procedimentos e cuidados adotados pelas profissionais da saúde de hospitais públicos de um município do interior do Rio Grande do Sul, nos casos de mães que decidem entregar o filho para adoção. **Metodologia:** Esta pesquisa configura-se em um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa**.** Participaram do estudo sete profissionais de saúde, dentre eles, enfermeira, técnica em enfermagem e médica obstetra. As profissionais são funcionárias de dois hospitais públicos que atendem pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. O critério de inclusão dos participantes adotado foi ser técnico de enfermagem, enfermeiro ou médico de uma maternidade pública. O único critério de exclusão foi o profissional ter filho(s) adotivo(s). Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas. O roteiro de entrevista englobou informações a cerca dos dados biossociodemográficos das entrevistadas, como tempo de trabalho, idade, sexo, escolaridade, entre outros e buscou compreender quais eram os cuidados e procedimentos tomados nos casos de mães que decidiam entregar o filho para adoção. Inicialmente, o projeto foi apresentado a dois hospitais públicos e após a autorização prévia destes foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde as pesquisadoras atuam para apreciação e avaliação. Com a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP, via Plataforma Brasil (protocolo número CAAE 04350412.0.0000.5346), os hospitais foram contatados novamente para que a apresentação do projeto às equipes das maternidades fosse realizada. Após todas as dúvidas esclarecidas, os profissionais que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a responder à entrevista. No momento da entrevista, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes. Os resultados foram analisados através da análise de conteúdo proposto por Bardin[5]. **Resultados:** Através do estudo, pode-se identificar que, as profissionais vivenciam na prática em hospitais públicos situações em que a parturiente decidiu entregar o filho para adoção. O cuidado realizado nos hospitais, pelas profissionais de saúde ocorria através de conversas, na qual as participantes tentavam oferecer apoio às mães na decisão da entrega do filho para adoção. A importância de respeitar as manifestações das mães foi destacada pelas profissionais, no entanto, relataram como uma de suas condutas, a tentativa de fazê-las reavaliarem a decisão. Os profissionais de saúde verbalizaram o pouco preparo para lidar com as situações de entrega do filho e, dessa forma, comunicavam os casos e solicitavam o apoio da psicologia e do serviço social. Os profissionais da saúde informaram ainda que todos os casos desta natureza são comunicados ao conselho tutelar do município e ao sistema judiciário. A atual legislação brasileira preconiza a comunicação aos órgãos competentes nos casos de mães ou gestantes que decidem entregar os filhos para adoção para que todos os procedimentos legais sejam tomados, prevendo ainda uma multa ao profissional de saúde ou dirigente de estabelecimento de atenção à saúde de gestante que não efetuar imediatamente o encaminhamento à autoridade judiciária os casos de que tenha conhecimento[1]. **Conclusão:** Os dados do estudo apontaram que o comportamento, as

atitudes e os procedimentos das entrevistadas no exercício profissional, muitas vezes, foram permeados pela crença da impossibilidade de negar a maternidade, ou seja, pela crença de que as mulheres devem amar, cuidar e permanecer com os seus filhos. No entanto, as participantes, ao defrontarem-se com essas situações, demonstraram conhecer os encaminhamentos que devem ser adotados. Constata-se que, devido à complexidade da temática, faz-se importante discutir o tema junto às equipes de saúde, assim como, desenvolver um trabalho articulado e interdisciplinar nas maternidades públicas a fim de oferecer um atendimento adequado e eficaz às gestantes e às crianças. Como limitação do estudo, pode-se considerar a inclusão de apenas duas maternidades da cidade. Um estudo que incluísse profissionais da saúde de hospitais privados poderia contribuir para a melhor compreensão do fenômeno entre pacientes que utilizam os diferentes tipos de hospital. Destaca-se a importância de mais estudos no âmbito nacional que abordem essa temática a fim de fornecer aos profissionais da saúde embasamento teórico para as práticas realizadas nas maternidades.

**Área temática:** Processos de Cuidado

**Palavras-chaves:** padrão de cuidado; profissionais de saúde; direitos da mulher.

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Lei n 12.010, de 29 de julho de 2009; 2009.

2. Boing, E, Crepaldi, MA. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. Revista Estud. psicol. 2004; (21): 211-226.

3. Diniz, JS. A Adoção. In Freire F. Abandono e adoção - contribuições para uma cultura da adoção. Curitiba: Terre des Hommes; 1994. p. 13-30

4. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições; 1979.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

# HEALTH EDUCATION IN THE PREVENTION OF FALLS IN ELDERLY: AN EXPERIENCE REPORT

# EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ANCIANOS: UN RELATO DE EXPERIENCIA

DAL PAI, Sandra1
SARZI, Diana Mara2
KISTER, Danimara Rocheli Iauer3
BLAU, Ana Carolina4
DAANDELS, Nadieli5
GEHLEN, Rubia Geovana Smaniotto6
LEITE, Marinês Tambara7

1 Acadêmica do curso Enfermagem do sétimo semestre da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Autora e Relatora do trabalho. E-mail: sandradalpai@hotmail.com
2Acadêmica do curso de Enfermagem do sétimo semestre da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Autora do trabalho.
3Acadêmica do curso de Enfermagem do sétimo semestre da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Autora do trabalho.
4Acadêmica do curso de Enfermagem do sétimo semestre da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Autora do trabalho.
5Acadêmica do curso de Enfermagem do sétimo semestre da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Autora do trabalho.
6Acadêmica do curso de Enfermagem do sétimo semestre da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Autora do trabalho.
7 Enfermeira, Drª em Gerontologia Biomédica, Profª do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Orientadora do trabalho.

**Introdução:** O crescimento expressivo de idosos nas últimas décadas, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, é resultado do aumento da expectativa de vida da população acompanhado da melhora na qualidade da atenção ofertada pelos serviços de saúde. Destaca-se que as instituições de saúde devem estar preparadas, estruturalmente e em relação aos recursos humanos, para as diversas demandas de cuidado que os indivíduos da faixa etária igual ou superior a 60 anos exigem. Conforme a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que se refere ao Estatuto do Idoso, em seu Art. 1º, define que todos os direitos devem ser assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60

anos. O Art. 2º estabelece que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação da saúde física e mental e aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade[1]. O processo de envelhecer é contínuo, progressivo e irreversível. Na velhice as pessoas passam a conviver com maior intensidade as alterações fisiológicas, que são naturais. Estas mudanças podem contribuir para o desenvolvimento de doenças e favorecer para maior ocorrência de acidentes por quedas que, comumente, fragilizam ainda mais os idosos. Além dos fatores intrínsecos que favorecem para a ocorrência de quedas, como o próprio envelhecimento, existem também, os fatores extrínsecos que se somam a essa situação e colaboram para a ocorrência das quedas, como o uso de cigarro, álcool, falta de exercícios físicos, existência de ambientes inseguros e hábitos alimentares não saudáveis. As quedas são um deslocamento involuntário do corpo para um nível reduzido da posição inicial, sem habilidade de ajuste em tempo adequado[2]. Segundo o caderno de atenção básica "Envelhecimento e saúde da pessoa idosa", as quedas são um relevante problema para os idosos e estão associadas a elevados índices de morbimortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce. Os acidentes por quedas resultam em um grande problema para as pessoas idosas, especialmente pelas suas consequências como injúria, incapacidade, institucionalização e morte, pois se constituem na soma de alta incidência com elevada suscetibilidade a lesões. O domicílio pode ser um dos locais de maior risco para quedas, uma vez que pode apresentar escadas, diferentes tamanhos na altura de degraus e ausência de corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos e objetos soltos pelo chão, fios elétricos, pisos mal conservados no caminho de circulação dos idosos[3]. Aliados a tais obstáculos, na maioria das vezes, a pessoa idosa possui acuidade visual diminuída pela idade ou ter outras comorbidades, propiciando a ocorrência de acidentes por quedas. As causas mais comuns relacionadas às quedas de pessoas idosas estão relacionadas ao ambiente. Contudo, os fatores intrínsecos como fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha, tontura/vertigem, alteração postural/ hipotensão ortostática, lesão no sistema nervoso central, síncope e redução da visão são os prevalentes, favorecendo às quedas[3]. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem junto a grupos de terceira idade, desenvolvendo ações de educação em saúde. **Metodologia:** A vivência acadêmica realizou-se no decorrer das atividades práticas da disciplina de Enfermagem no Cuidado do Adulto, integrante da grade curricular do quarto semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Nos encontros foram abordados diversos temas, entre eles discutiu-se: "Quedas e suas consequências" com o grupo de idosos. A partir do tema proposto pelos docentes da disciplina, os acadêmicos organizaram e elaboraram a oficina, cujo desenvolvimento da mesma ocorreu por meio de uma peça teatral. O foco principal era debater o tema, prestar esclarecimentos acerca da prevenção de quedas e as complicações que os acidentes causam na vida dos idosos. **Resultados:** A partir da oficina de educação em saúde e do teatro, os

idosos puderam compreender com mais clareza sobre a importância da adoção de práticas de cuidado para evitar os acidentes por quedas passadas pelos acadêmicos, interagindo com interesse ao tema, relatando casos do seu cotidiano sobre os fatos que acorriam no seu domicílio e com pessoas conhecidas, relacionados ao tema. Os acadêmicos também planejaram um teatro encenando uma situação de queda para que os idosos pudessem associar a sua vivência do dia-a-dia e percebessem a importância do cuidado para sua saúde. Durante a oficina, também se realizou uma roda de conversa para que os idosos relatassem quais as práticas de mudança que poderiam ser feitas nas suas residências, onde cada um expôs um ou mais exemplos de mudanças que realizariam para evitar as quedas. Os exemplos mais citados pelos idosos do grupo foram: substituir os tapetes de pano, que facilitavam para a ocorrência de quedas, por tapetes emborrachados com aderência ao solo, não caminhar no interior na casa quando estivesse com pouca iluminação, principalmente no período da noite, cuidar com pisos molhados, particularmente em dias de chuva e ter cuidado para evitar o uso de calçados de sola lisa, preferindo àqueles com sola aderente. Os acadêmicos também expuseram outras situações do cotidiano dos idosos que contribuem para a ocorrência de quedas, para que os mesmos possam evitá-las. **Conclusões**: A realização na prática da disciplina durante a oficina de educação em saúde, sobre a prevenção de quedas com o grupo de idosos, favoreceu aos acadêmicos de enfermagem uma visão mais crítica sobre a importância das orientações que devem ser feitas a este público. Também, foi enfatizada, aos idosos que participaram do grupo, a relevância da prevenção de quedas e salientado as consequências que podem ocorrer na sua saúde quando às medidas não forem adequadamente corretas no ambiente de moradia. Também proporcionou reflexão, enquanto futuros enfermeiros, trabalhadores da área da saúde, sobre a importância da qualidade e contínuo reforço das informações que a equipe multidisciplinar repassa para o público composto por idosos, principalmente àquelas feitas pelo agente comunitário de saúde, que faz visitas frequentes e mantêm contato mais próximo com a comunidade idosa. Essa prática facilita o conhecimento dos acidentes ocorridos mais rapidamente para notificação e repasse ao serviço de saúde que este trabalhador esta vinculado, para que a equipe possa elaborar um plano de cuidados para o idoso fragilizado por queda.

**Área Temática:** Processo de Cuidado.

**Descritores:** Idosos; Queda; Enfermagem; Promoção da Saúde.

**Descriptors:** Elderly; Fall; Nursing; Health Promotion.

**Descriptores:** Ancianos; Caída; Enfermería; Promoción de la salud.

**REFERÊNCIAS**

1 Brasil. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003 (BR). Dispõe sobre Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília; [Acesso em 28 de julho de 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm

2 Studensk S, Wolter L. Instabilidade e quedas**.** In: Duthie EH, Katz PR. Geriatria prática. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2002.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n° 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília – DF, 2006.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# AÇÕES DESENVOLVIDAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE QUANTO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS

# ACTIONS TAKEN BY COMMUNITY HEALTH AGENTS AS TO CHRONIC DISEASES NOT TRANSMISSIBLE IN THE ELDERLY

# MEDIDAS ADOPTADAS POR LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD EN RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DE NO TRANSMISIÓN EN ANCIANOS

DAL PAI, Sandra1
LEITE, Marinês Tambara2

1 Acadêmica do sétimo semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Relatora do trabalho. E-mail: sandradalpai@hotmail.com
2 Enfermeira, Drª em Gerontologia Biomédica, Profª do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Orientadora do trabalho.

**Introdução:** Este trabalho constitui-se em uma nota prévia do projeto de pesquisa intitulado "Conhecimento e ações de agentes comunitários de saúde sobre doenças crônicas não transmissíveis em idosos". O estudo busca conhecer e analisar a ações desenvolvidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com vistas à promoção da saúde e prevenção de agravos, em especial, por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), junto a idosos residentes na área de abrangência de sua atuação. As pessoas na infância, adolescência e vida adulta convivem com algumas morbidades, que podem ser de natureza aguda ou crônica. Contudo, é na velhice que as DCNT têm maior incidência. Entre estas doenças, as de maior prevalência são as doenças circulatórias (hipertensão arterial, insuficiência cardíaca), endócrinas (diabetes *mellitus*), respiratórias e o câncer[1]. As doenças que mais acometem idosos enquadram-se dentro dos grupos das DCNT, sendo as de maior incidência a hipertensão arterial, o diabetes *mellitus*, as artrites/artroses, as doenças coronarianas, a depressão, a asma/bronquite, a gastrite, o câncer e as relacionadas a distúrbios renais [2]. Tais doenças, ainda, estão intimamente vinculadas ao estilo de vida das pessoas que, ao não se preocupar em adotar e manter hábitos de vida saudável enquanto jovens, podem ter prejuízos futuros para a sua saúde, como o não uso de tabaco e bebidas alcoólicas, consumo de dietas ricas em gorduras saturadas e não realização de exercícios físicos. O plano de ações do Ministério da Saúde aponta alguns fatores sociais que contribuem para o desenvolvimento das DCNT como a disparidade social, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a desigualdade no acesso as informações de saúde, baixa escolaridade e os

fatores de riscos ambientais como tabagismo, uso indiscriminado de álcool, falta de exercícios físicos, alimentação inadequada e obesidade[1]. Nesta perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo assistencial de saúde criado pelo Ministério da Saúde, criada para reestruturar a Atenção Básica e o Sistema Único de Saúde (SUS), se constitui em uma proposta positiva para o atendimento individual e coletivo dos usuários, delimitados por seus territórios para a promoção da saúde e prevenção de agravos. A ESF é constituída por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, odontólogo, técnicos de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde, sendo que este último é quem mantém o vínculo de maior aproximação entre a comunidade e os serviços de saúde. Sabe-se que é importante a realização de ações educativas desenvolvidas pelos enfermeiros para que o ACS se mantenha atualizado quanto às informações que deve socializar junto à comunidade. Especificamente em relação às DCNT, o ACS a partir de seu aprendizado, tem condições de compartilhar as orientações para os usuários, inclusive a idosos, no que tange a ações de autocuidado e mudanças nos hábitos de vida, uma vez que são estes sujeitos que apresentam alta prevalência de tais doenças. Assim, cabe ao ACS detectar, orientar e apoiar os usuários para o melhor cuidado, tornando-se imprescindível mapear e identificar com a equipe de saúde quais são as doenças crônicas mais frequentes no indivíduo/família/comunidade de atuação da equipe e oferecer estratégias para a abordagem das práticas[3]. **Objetivo:** A pesquisa tem por objetivo analisar o conhecimento e as ações desenvolvidas por ACS na rede de atenção primária à saúde, quanto à prevenção e manejo de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em idosos. **Metodologia:** A pesquisa caracteriza-se como qualitativa, com estudo de campo, de natureza descritiva. O estudo será realizado no Município de Palmeira das Missões, localizado na região norte do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil. Os sujeitos desta pesquisa serão agentes comunitários de saúde, vinculados a Estratégia da Saúde da Família. A amostra será do tipo intencional, em que os sujeitos serão selecionados pela pesquisadora por considerar que estes possuem características representativas da população e em função da importância que eles têm em relação ao tema eleito4. Para compor a amostra estabeleceu-se como critérios de inclusão: ser agente comunitário de saúde, estar vinculado a uma ESF sorteada como local da coleta de dados e estar atuando como agente comunitário há pelo menos dois anos. Como meio de obtenção dos dados, será utilizada a entrevista semiestruturada, com roteiro previamente elaborado, gravada em meio digital e transcritas na íntegra. Em função da natureza metodológica adotada, prevê-se a realização de, aproximadamente dez entrevistas. As informações serão organizadas e analisadas seguindo os preceitos da análise de conteúdo, que consiste na organização e sistematização das ideias iniciais; na exploração do material realizando as operações de codificação e tratamento dos resultados. Com o objetivo de atender os aspectos éticos dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a identidade e privacidade dos sujeitos participantes do estudo, serão respeitadas, assegurando aos mesmos que os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins científicos. O presente trabalho foi aprovado pelo

Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria conforme Número do parecer 329.255 do Protocolo de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP. **Resultados Principais:** Por tratar-se de nota prévia ainda não possui resultados, pois se encontra na fase de coleta dos dados. Como resultado tem-se a expectativa de poder identificar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde e como estes manejam os fatores de risco relativos às DCNT em idosos. Também, identificar que ações são realizadas junto à população idosa, que podem se caracterizar como de promoção da saúde e prevenção de agravos. Isto porque o Ministério da Saúde (MS) tem aprovado políticas e criado materiais didáticos relativos às DCNT e sobre as competências dos trabalhadores de saúde, tais como os cadernos de atenção básica, para o melhoramento das ações desenvolvidas nas Estratégias de Saúde da Família. Também, para dar continuidade ao trabalho realizado com a comunidade por meio da equipe de saúde multidisciplinar, a qual tem por objetivo ampliar a área de assistência e qualificar a oferta do cuidado prestado aos usuários. Concomitante a criação dessas políticas, faz-se necessário que a equipe de saúde, incluindo os ACS, reconheça o ambiente sociocultural onde o usuário idoso está inserido para que sejam aplicados os preceitos de tais políticas públicas. **Conclusão:** Neste contexto, fazem-se necessárias reflexões, inclusive com a equipe de enfermagem, acerca do planejamento e do cuidado à pessoa idosa acometida por DCNT, levando em conta seus valores étnicos, morais e sociais, para que esta possa aderir sem muitas dificuldades às propostas da equipe de saúde quanto à mudança de hábitos de vida levada pelo ACS. Entende-se que este trabalho poderá servir de subsídios e contribuir na programação de capacitações que visem a qualificação e o conhecimento dos ACS relativos às DCNT, uma vez que tais doenças acompanham a maioria dos idosos. A partir disso, pretende-se possibilitar aos idosos, orientações, esclarecimentos e acompanhamento dos agravos, com vistas a manutenção da sua capacidade funcional e melhor qualidade de vida.

**Área Temática**: Processo de cuidado.

**Descritores:** Idosos; Doença Crônica; Agente Comunitário de Saúde; Promoção da Saúde.

**Descriptors:** Elderly; Chronic Disease; Community Health Agent; Health Promotion.

**Descriptores:** Ancianos; Enfermedad Crónica, Agente Comunitario de Salud; Promoción de la Salud.

**Referências:**

1 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças

crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

2 PILGER C; MENON MH; MATHIAS TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.19, n. 5, p. [09 telas], 2011.

3 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde**.** Brasília – DF, 2009.

4. TURATO, E. **Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa.** Petrópolis; Vozes, 2008.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# VIVENCIANDO O CUIDAR EM SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

# LIVING IN MENTAL HEALTH CARE: AN EXPEREANCE REPORT

BARROS, Iarema Fabieli Oliveira 1
WEILLER, Teresinha Heck 2
POLL, Marcia Adriana 3
ENGEL, Rosana Huppes 4
SILVA, Fernanda Stock 5
FERNANDES, Marcelo 6
ROSA, Fábio Mello 7
FRAGA, Carolina 8

1 Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista de Iniciação Científica do Grupo de Pesquisa de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva - GEPESC
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. Coordenadora do Grupo de Pesquisa de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva - GEPESC
3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem PPGEnf /FURG. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Coordenadora do projeto PROEXT/Mec 2013 - Programa de Extensão Universitária MEC/SESu. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf – FORS). Grupo de Pesquisa de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva - GEPESC
4 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde. Membro do Grupo de Pesquisa de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva - GEPESC
5 Enfermeira Especialista em Administração Hospitalar Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde. Membro do Grupo de Pesquisa de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva - GEPESC
6 Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva - GEPESC
7 Enfermeiro da Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS. Especialista em Sistema Público de Saúde. Membro do Grupo de Pesquisa de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva - GEPESC
8 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva – GEPESC

**Introdução:** No Brasil, durante muito tempo, prevaleceu a tradição institucionalizante onde o estigma do isolamento social do indivíduo com sofrimento psíquico era a única alternativa de tratamento. Porém, a partir do processo de reforma psiquiátrica institui-se o modo de atenção psicossocial, que preconiza uma atenção em saúde articulada à

perspectiva de liberdade e cidadania[1]. A reforma psiquiátrica inseriu no campo da saúde mental um novo paradigma de atenção, ou seja, a atenção psicossocial. Esta se constitui de experiências surgidas no nprocesso de negação do paradigma manicomial, a partir da necessidade de se propor uma forma diferenciada de lidar com o adoecimento mental e de uma comunicação mais ampla de cuidado em saúde[2]. Diante dessa nova forma de cuidado, construiu-se uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico caracterizada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma vez que este é um serviço estratégico e de referência a partir do qual a rede de assistência se desdobra. Os CAPS são serviços de atenção psicossociais especializados inseridos na comunidade e atuam de forma interdisciplinar, ou seja, possuem abordagem de cuidado integral aos indivíduos em sofrimento psíquico e suas famílias na medida em que possuem a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem de transtorno mental severo e persistente, além de assistir usuários de álcool e outras drogas. Além disso, atuam diretamente no processo de reintegração e reinserção social dos usuários através do acesso ao trabalho, educação, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, dentre outras ações práticas e eficazes[3]. A partir dessas ações, possibilita o tecer de relações de escuta e vínculo entre os diferentes sujeitos, sejam eles, pacientes, familiares, comunidade e profissionais. Essas relações, principalmente as existentes entre profissionais e usuários são centradas no acolhimento e no vínculo, pois além de estarem voltadas aos familiares, comprometem-se com a construção de um projeto terapêutico individual (PTI) do usuário priorizando ações para inserção social que minimizem o estigma e promovam inclusão social e melhora da qualidade de vida[4]. Nesse sentido, deve-se incentivar o trabalho em equipe, a valorização das redes de apoio social, o papel da escuta e do vínculo e outros aspectos que possam ser incorporados enquanto componentes importantes para o exercício profissional. O fisioterapeuta é um dos componentes da equipe de saúde que dentro de suas especificidades e em articulação com as demais profissões direciona ações para a atenção dos usuários em saúde mental. **Objetivos:** O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência vivenciada por uma acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria em um estágio de extensão curricular realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de Santa Maria (RS). **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma discente do 8° semestre Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no primeiro semestre de 2013, no serviço do CAPS AD Cia do Recomeço localizado na cidade de Santa Maria (RS). Cabe ressaltar que o interesse pela atuação no campo da saúde mental surgiu na medida em que não consta na grade curricular do Curso de Fisioterapia da UFSM nenhuma disciplina ou prática de atuação em Saúde Mental. **Resultados:** Tendo em vista a ausência de conhecimento teórico em disciplinas de Fisioterapia na Saúde Mental na graduação da UFSM, sentiu-se a necessidade de realizar vivência em serviço da rede de saúde mental do município de Santa Maria na medida em que, essa área de atuação não deve ser esquecida. A partir disto, deu-se a busca por desenvolver algo que viabilizasse o contato e firmasse o

aprendizado não somente no âmbito teórico, mas também da ação reflexiva enquanto multiplicadores do saber nas diversas áreas da saúde. Neste contexto, gerou-se a expectativa de vivenciar a realidade dos usuários do serviço, enfocando o diálogo, a descontração e a compreensão, objetivando a contribuição para a reabilitação psicossocial destes usuários. Previamente, a discente apresentou uma postura de apreensão frente ao diferente. Isso decorre de como o adoecer mental é visto pela sociedade, reforçado pelo paradigma manicomial, no qual as pessoas com transtorno mostravam-se como perigosas e que apresentavam risco à população, e ainda pela pouca aproximação dos acadêmicos com esta realidade[5]. A proposta foi a de desenvolver a inserção no cenário de práticas do CAPS e com isso obter a vivência do lidar com o usuário. Durante a realização das práticas realizou-se diálogo amplo com a equipe multiprofissional e também um contato direto com pacientes em estado de abalo emocional. Estas atividades foram implementadas e acompanhadas pela fisioterapeuta no CAPS AD Cia do Recomeço, que compartilhou todas as informações sobre a forma de atendimento, estrutura física, atividades e a equipe profissional que compõe e promove a assistência aos usuários. Percebeu-se que o fisioterapeuta dentro da atenção aos transtornos mentais tem papel crucial na medida em que exerce várias atribuições em prol da reabilitação e reinserção destes usuários em seu meio social. À medida que os pacientes chegavam ao CAPS, eram atendidos no Plantão, onde era feito um acolhimento, entrevista e elaboração de Plano Terapêutico Singular (PTS) inicial, sujeito a alterações e/ou adaptações no decorrer do tratamento. Tal circunstância proporciona um olhar diferenciado do usuário fazendo com que este desenvolva vínculo com o serviço, essencial para o sucesso terapêutico. O trabalho dos profissionais neste CAPS é desenvolvido com o objetivo de acolher, planejar, programar, e avaliar a assistência de cada paciente ou grupo de pacientes. Com isso, cria-se um ambiente terapêutico voltado para a realização de diversas atividades junto ao usuário, à família e à equipe no atendimento visando o suprimento das necessidades básicas de saúde física e mental dos usuários e colaborando na formação e aperfeiçoamento dos profissionais atuantes na área de saúde mental. **Conclusões:** Para tanto, todo o contexto da experiência vivenciada pela discente causou o entendimento da real importância da ação em equipe com vistas ao bem estar do paciente com transtorno mental, ao tempo que reforçou a conscientização da importância do fisioterapeuta na equipe de saúde mental e valorizou a imagem da profissão sob a perspectiva da acadêmica. É importante ressaltar que antes da universidade priorizar a formação de um fisioterapeuta, esta deveria investir na formação ampla de um profissional de saúde, pois o conhecimento não se esgota no mero aprendizado de competências e habilidades de ordem técnica, mas inclui também o manejo de situações de ordem intersubjetiva, em que assume importância o conjunto de valores éticos e morais presentes em uma sociedade. Portanto, a proposta da modificação dos modos de assistir aos usuários em situação de sofrimento mental mostra-se como um desafio para desmitificar as práticas e a construção de um novo modelo de atenção que valorize o sujeito e o perceba enquanto ser de possibilidades. Para isso, os profissionais

devem ser sensibilizados precocemente, desde o processo de formação para que estejam preparados para contribuírem ativamente para o movimento de reforma psiquiátrica. Cabe a universidade a discussão quanto à reconstrução de formas de cuidar em saúde mental que contemplem os referenciais preconizados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Dentro dessa realidade, o papel da universidade está em socializar o conhecimento a fim de promover práticas integrativas utilizando dispositivos como a inserção do discente no próprio local onde ocorrerão suas práxis, para incentivar o desenvolvimento de habilidades nos campos de práticas.

**Área temática:** Processos de cuidado

**Descritores:** Saúde Mental; Acolhimento; Fisioterapia.

**REFERÊNCIAS**

1. Acioly YA. Reforma psiquiátrica: com a palavra, os usuários [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2006.

2. Guljor APF. Os Centros de Atenção Psicossocial: um Estudo sobre a Transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl Brasília: Ministério da Saúde. 2004 [acesso em 2012 ago 25]. Disponível em:

4. Alves VS. Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad. [dissertação] Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2009.

5. Borges CF. Políticas de Saúde Mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à Reforma Psiquiátrica. [dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2007.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# CUIDANDO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E DAS RELAÇÕES FAMILIARES NA SAÚDE PÚBLICA: O DESAFIO DA INTERDISCIPLINARIDADE

# CARING FOR CHILD DEVELOPMENT AND FAMILY RELATIONSHIPS IN PUBLIC HEALTH: THE CHALLENGE OF THE INTERDISCIPLINARY

# CUIDANDO DEL DESARROLLO INFANTIL Y DE LAS RELACIONES FAMILIARES EN LA SALUD PÚBLICA: EL RETO DE LA INTERDISCIPLINARIDAD

ARPINI, Dorian Mônica 1
CEZAR, Pâmela Kurtz 2
SAVEGNAGO, Sabrina Dal Ongaro 3

1 Psicóloga. Doutora em Psicologia Social PUC/SP. Profª do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria RS.
2 Psicóloga. Especialista em Sistema Público de Saúde. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria RS. Email: pamelakurtz@gmail.com
3 Psicóloga. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria RS.

**INTRODUÇÃO:** O Sistema Único de Saúde (SUS) traz em seus princípios o direito à integralidade do cuidado a toda população brasileira. Para tanto, as ações em saúde precisam ser articuladas, ou seja, é necessário que sejam desenvolvidas ações que contemplem a promoção, prevenção e recuperação da saúde e, além disso, essas intervenções devem abranger os níveis primário, secundário e terciário de atenção[1]. Neste contexto, a interdisciplinaridade surge como um importante desafio aos profissionais da saúde, pois, para garantir o cuidado integral aos usuários do SUS, é necessário que ocorra um trabalho conjunto entre profissionais por meio do compartilhamento de responsabilidades e do entendimento plural acerca das questões que permeiam o campo da saúde[2]. Dessa forma, este estudo irá apresentar as vivências de um Projeto de Extensão realizado no contexto da atenção primária à saúde. Tal projeto é vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria e desenvolvido junto ao *Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança* em uma Unidade Básica de Saúde. Este projeto tem a finalidade de acompanhar o desenvolvimento inicial de bebês na faixa etária de zero a dezoito meses, com o intuito de detectar possíveis riscos ao desenvolvimento infantil de modo precoce. Tem-se também como foco desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde, por meio de atuações interdisciplinares envolvendo diferentes olhares sobre o desenvolvimento infantil e as relações familiares. **OBJETIVOS:**

Relatar as vivências no referido projeto de extensão acerca dos cuidados em saúde com foco no desenvolvimento infantil e nas relações familiares e descrever as ações em saúde desenvolvidas no contexto da interdisciplinaridade. **METODOLOGIA:** Este trabalho se constitui de um relato de experiência acerca da participação no Projeto de extensão intitulado *"Intervenções precoces na infância: um projeto junto ao programa da criança de uma unidade básica de saúde".* Tal projeto é desenvolvido junto ao Programa da Criança numa Unidade Básica de Saúde da região Norte de Santa Maria/RS, por meio de encontros semanais, em três turnos alternados. Integram esta atividade extensionista acadêmicos da Psicologia e da Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. **RESULTADOS:** O Programa da Criança, nesta Unidade Básica de Saúde, conta com intervenções da Enfermagem e Psicologia, sendo desenvolvidas ações específicas de cada profissão e também ações conjuntas. No que concerne à Enfermagem realizam-se intervenções que focam mais no desenvolvimento físico do bebê. Já a Psicologia utiliza-se de observações com o intuito de detectar possíveis riscos no desenvolvimento infantil e tem por base o instrumento *"Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil"*[3]. Por outro lado, as ações realizadas de maneira conjunta são voltadas mais especificamente às relações familiares. Onde tanto a Enfermagem quanto a Psicologia, se preocupam em investigar o relacionamento familiar e intervir quando se percebe que algo na relação entre criança/família pode indicar risco à saúde de ambos. Quando nota-se que algo na criança e/ou na relação familiar não está bem realizam-se discussões de caso com a equipe do Programa da Criança e/ou com a equipe da Unidade Básica de Saúde, além de encaminhamentos para a rede de serviços do município, que geralmente dizem respeito a serviços especializados de saúde e/ou saúde mental, como também para serviços da área da assistência social. Realizam-se ainda entrevistas e orientações aos pais e/ou demais familiares que acompanham a criança nas consultas, com vistas a proporcionar melhor qualidade de vida às famílias atendidas. Essas entrevistas podem ser realizadas depois da consulta ou em outro horário, conforme combinado com o familiar. Em casos específicos também podem ser feitas visitas domiciliares e acompanhamento até outro serviço. Neste sentido, o trabalho interdisciplinar realizado entre Psicologia e Enfermagem garante um olhar plural e ampliado acerca do desenvolvimento infantil e das relações familiares no contexto da saúde pública, no entanto é preciso ressaltar que esta intervenção conjunta ocorre com respeito às especificidades de cada profissão. Uma vez que o agir interdisciplinar requer justamente o reconhecimento dos limites disciplinares de cada área de conhecimento[2]. Ainda neste aspecto, é possível discutir acerca dos conceitos de campo e núcleo profissional. O núcleo refere-se à identidade profissional específica, é o conhecimento básico de cada profissão. Por sua vez o conceito de campo é perpassado pelo conceito de rede. Na área da saúde, o conhecimento de campo refere-se aos saberes em comum ou construídos em conjunto com vários profissionais, de acordo com a demanda de cada serviço e as necessidades dos usuários 4. E é justamente nessa linha tênue entre o específico e o comum de cada profissão que reside o desafio da interdisciplinaridade no

âmbito da saúde pública, especialmente nas ações que almejam a prevenção e a promoção da saúde, como no caso do Programa da Criança. Pois não se está intervindo com a doença, e sim com a saúde, com as relações familiares e com o desenvolvimento infantil de maneira conjunta. E embora as intervenções da Enfermagem e da Psicologia possam parecer diferentes e distantes, elas se aproximam, pois ambas as profissões possuem a finalidade de garantir melhor qualidade de vida às crianças e seus familiares. Portanto, ao olhar de maneira ampliada para o desenvolvimento infantil, busca-se identificar a relação familiar estabelecida entre criança/família. É preciso salientar que este olhar é contextualizado, e quando se identifica algum indicador de risco ao desenvolvimento infantil se busca entender se esse possível risco é de natureza orgânica e/ou emocional, e se está relacionado a questões familiares, econômicas, sociais e/ou culturais. Pois se entende que a saúde também é determinada por fatores para além do biológico, conforme preconizado pelo SUS[1]. Por fim, destaca-se que o ambiente familiar é fundamental para o desenvolvimento infantil, e por isso é importante que esse ambiente seja satisfatório para a criança, pois é por meio dele que ela pode começar a vir a ser, ou seja, um ambiente familiar que estimula a criança faz com que ela desenvolva seu potencial[5]. Dessa forma, os profissionais de saúde precisam estar atentos às relações familiares, e mesmo que não se identifiquem riscos nestas relações, deve-se trabalhar com a perspectiva de prevenção e promoção da saúde, por meio de orientações e intervenções acolhedoras, salientando e reforçando os aspectos positivos das relações familiares e mostrando a importância dos cuidados em saúde, mesmo que não haja doença específica. **CONCLUSÕES:** Esta reflexão acerca da interdisciplinaridade no campo da saúde pública mostra que o desafio do trabalho compartilhado e articulado ainda se faz presente. Embora o campo da saúde contemple profissionais de diversos núcleos, o diálogo entre as disciplinas sempre é necessário. E no que se refere ao projeto de extensão, percebe-se que a Psicologia e a Enfermagem ainda precisam se aproximar mais, além de também ser necessária uma maior articulação com a própria equipe da Unidade Básica de Saúde e com os demais serviços da rede. Pois, para que seja possível realizar ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde e garantir a integralidade do cuidado, é imprescindível que ocorra compartilhamento de responsabilidades entre os níveis de atenção. Por fim, destaca-se para a importância de os profissionais da saúde possuírem um olhar ampliado e integrado acerca das relações familiares, cuidando não só das doenças, mas também da qualidade das relações.

**Descritores:** desenvolvimento infantil; relações familiares; saúde pública.

**Descriptors:** child development; family relationships; public health.

**Descriptores:** desarrollo infantil; relaciones familiares; salud pública.

Á**rea temática:** Processos de cuidado.

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Lei 8.080. Sistema Único de Saúde. Brasília; 1990.

2. Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2005; 9(18): 521- 36.

3. Kupfer MCM, Jerusalinsky AN, Bernardino LMF, Wanderley D, Rocha PSB, Molina SE, et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath. Online. 2009; 6(1): 48-68.

4. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In Merhy E, Onocko R. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 2007. p. 229-66.

5. Winnicott DW. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1963. p. 79-87.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O MUNDO DA FAMÍLIA REVELADO PELO FAMILIAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

# WORLD FAMILY REVEALED BY THE PERSON FAMILIAR WITH MENTAL DISORDER

# EL MUNDO DE LA FAMILIA REVELADO POR EL FAMILIAR DE LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL

FREITAS, Fernanda Franceschi de1
TERRA, Marlene Gomes2
ELY, Gabriela Zenatti3
SILVA, Adão Ademir da4
LIED, Ricardo Germano5

1Enfermeira Mestra em Enfermagem, assistente no Hospital Universitário de Santa Maria da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS). E-mail: fe_franceschi@yahoo.com.br
2Enfermeira Doutora, docente do Departamento e Pós Graduação em Enfermagem da UFSM, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa PEFAS.
3Enfermeira Mestranda do Curso de Mestrado da Pós Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa PEFAS.
4Enfermeiro Mestre em Enfermagem, assistente no Hospital Universitário de Santa Maria da UFSM, Membro do Grupo de Pesquisa PEFAS.
5Enfermeiro Especialista, assistente no Hospital Universitário de Santa Maria da UFSM, da UFSM, Membro do Grupo de Pesquisa PEFAS.

**Introdução:** No cotidiano de uma unidade de internação psiquiátrica, a fragilização dos familiares de pacientes hospitalizados compõe parte da realidade vivenciada pelos profissionais da área da saúde. A ansiedade ocasionada por ter uma pessoa significativa hospitalizada gera necessidade de escuta deste familiar, um momento que possa descrever como se sente quanto à internação e, após, em relação à alta hospitalar. Com o advento da Reforma Psiquiátrica, os familiares tornaram-se os principais provedores de cuidados à pessoa com transtorno mental. Assim, a enfermagem necessita acolher este familiar e ouvir com sensibilidade sua vivência no processo de alta do indivíduo com transtorno mental, pois neste momento é restituída à família, a incumbência do cuidado. É preciso considerar as vivências e experiências anteriores do familiar, os momentos difíceis enfrentados, os motivos da internação e a possibilidade de uma próxima experiência de hospitalização frente a uma nova crise. Deste modo, é fundamental olhar o familiar como corpo sensível

inserido no mundo, que necessita ser compreendido a partir da experiência vivida[1]. Para tanto, foi realizada uma pesquisa com a seguinte questão: quais os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental? E teve como objetivo: compreender os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza fenomenológica à luz do referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty e da fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur, realizada para a elaboração de uma dissertação de mestrado. O cenário foi a Unidade de Internação Psiquiátrica Paulo Guedes do Hospital Universitário de Santa Maria/RS. A entrada em campo aconteceu após a aprovação do protocolo do Projeto de Dissertação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, sob o Nº 0343.0.243.000-11. Para a produção dos dados, 10 familiares de pessoas internadas na referida unidade foram convidados a compor a pesquisa. Neste momento, foi lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que foi assinado em duas vias após cada familiar ter aceitado em participar de uma entrevista, aberta, individual e gravada em gravador digital. Esta etapa ocorreu no período de janeiro a março de 2012, em uma sala reservada previamente com a equipe de enfermagem, a fim de propiciar um ambiente tranqüilo e manter a privacidade do familiar. Os critérios de inclusão para os participantes deste estudo foram: ser familiar, ter idade igual ou maior que 18 anos, dos pacientes internados na Unidade Paulo Guedes/HUSM com previsão de alta; ter sua função cognitiva preservada para compreender e responder os questionamentos feitos na entrevista; ter sido informado previamente pelo médico sobre a alta. Utilizou-se a seguinte questão: conte-me o que a alta de seu familiar da unidade de internação psiquiátrica significa para você. Para garantir o sigilo e confidencialidade dos participantes foi utilizada a letra 'F' (F1, F2, F3, F4, sucessivamente) por ser a letra inicial da palavra Familiar, seguido de um número que não correspondeu a sequência de sua participação. Para compreender e interpretar os significados presentes nos discursos dos familiares foi utilizada a hermenêutica, processo que interpreta conteúdos e significados revelados ou ocultos no discurso[2]. Neste sentido, segue três momentos para a compreensão do discurso dos familiares: o discurso oral foi escutado e após, transcrito para o discurso escrito, texto, mostrando as histórias vivenciadas pelos familiares. Em seguida foi feito: *leitura simples* do discurso, preservando o discurso original do entrevistado, buscando perceber os primeiros significados; *leitura crítica*, com releituras se necessário, visando à compreensão e a interpretação do que o sujeito deseja expor (significados). Após a leitura de cada texto, as idéias relativas ao objeto de estudo foram destacadas e organizadas em temas (segmentos do discurso compreensivo no texto, que formam uma unidade de sentido), visando compreender o que o discurso quis dizer e as imagens projetadas diante do texto (metáforas). A apropriação aconteceu quando a mensagem foi revelada de maneira dinâmica, permitindo várias interpretações, pois não é uma verdade absoluta[3]. A partir da compreensão e interpretação dos discursos dos familiares emergiu a metáfora em três temas: o mundo da família revelado pelo familiar, a

existencialidade do familiar na relação com o outro (a pessoa com transtorno mental) e ambiguidade da alta hospitalar: entre a possibilidade de convívio e o receio de uma nova crise. Nesse resumo será abordado o primeiro tema: o mundo da família revelado pelo familiar. **Resultados:** O mundo trata do vivido do ser humano, do que faz sentido para cada um, da atmosfera que permeia todos os pensamentos e percepções[1]. O familiar revelou seu mundo quando descreveu sua convivência com a pessoa que esteve internada, quando relatou suas dificuldades, mostrou preocupação ou ressentimento por meio de um olhar ou gesto, suspirou resignado, quando suas lágrimas surgiram para amenizar a dor ou quando sorriu, refletindo sobre situações positivas. Essa multiplicidade de sensações representa o corpo próprio do familiar, inserido e comunicando-se com o mundo e revela os significados que emergiram da interseção entre suas vivências e as da pessoa com transtorno mental, em uma relação de consequências mútuas[1]. Ao mesmo tempo, o corpo próprio do familiar interage com as singularidades dos outros seres que compõem o mundo da família e também vivenciam as repercussões do transtorno mental. As descrições mostram essa vivência de generalidade, os vários mundos que emergiram na metáfora do discurso revelaram desde a aproximação até o distanciamento do familiar da pessoa com transtorno mental. A ambiguidade ocorre, justamente, em função da coexistência, que aparece ora caracterizada pelo prazer da presença do outro, ora pela angústia, medo e solidão, devido à responsabilidade pelo cuidado deste. Revelam-se as complicações na relação entre o familiar e a pessoa com transtorno mental, uma vez que tal vínculo é atravessado por situações cotidianas. A interação entre os seres envolvidos no cuidado e as demandas da vida diária, por vezes, torna-se geradora de sofrimento para ambos, pois se estabelece uma relação de dependência entre os sujeitos, que os sufoca e induz o familiar perceber-se preso à pessoa com transtorno mental. Outra realidade expressa é o distanciamento entre familiares e a pessoa com transtorno mental. Esta pode se afastar da família em virtude de sintomas apresentados, para evitar comentários, julgamentos, cobrança ou na tentativa de ocultar indícios de crise, e o familiar, por sua vez, prefere manter-se distante, não estabelece contato, não compreende ou não aceita as manifestações do transtorno mental. Emerge também a preocupação e a sobrecarga do familiar que assume mais diretamente a responsabilidade do cuidado, enquanto que os demais se mantêm ausentes ou negam suas responsabilidades e cooperação. Torna-se evidente a pressão e sofrimento a que este familiar é exposto, já que possui pouca parceria para compartilhar suas dificuldades e o cuidado da pessoa com transtorno mental. Manifesta-se a dificuldade do familiar conceber o transtorno mental como uma doença que permite à pessoa acometida ocupar-se com funções que lhe proporcionem valorização, como qualquer outro ser humano, e não somente como algo definitivo, que não oferece outras perspectivas ou possibilidade de melhora. Parece que a família tem dificuldade em vislumbrar atividades alternativas para a participação da pessoa com transtorno mental no lar ou na sociedade. Os conflitos representam uma das principais dificuldades presentes no mundo familiar, visto que sintomas de alguns transtornos mentais desencadeiam nas pessoas que os possuem

irritabilidade, euforia, crenças falsas de perseguição ou grandeza, tornando o familiar seu alvo central de críticas, hostilidade e desconfiança, pela proximidade da convivência ou por ser o principal incentivador e acompanhante do tratamento. Observa-se que o familiar mostra entendimento sobre tal situação, pois reconhece que esses eventos são motivados, principalmente, pelo estreito convívio e/ou pela sintomatologia da doença. Evidencia-se o sentimento de pertença da família em relação à pessoa com transtorno mental, pois suas virtudes são identificadas com afeição; sua ausência no lar é percebida, quando se faz necessária a internação, e há o reconhecimento do período de estabilização da doença, assim como do início de uma crise. Deste modo, desvela-se que é possível preservar e fortalecer os laços familiares, apesar dos momentos de desorganização e desavenças frequentes que possam ocorrer. **Conclusões:** O mundo familiar é estremecido pelo transtorno mental, pois vários seres singulares passam a coexistir com a doença. O vínculo entre a família e o outro se manifesta como um circuito e o cotidiano é invadido pela ambiguidade, que denota, em uma perspectiva, afeição. Em outra, um estorvo, aversão. O familiar mostra ambigüidade na alta da pessoa com transtorno mental, pois possui uma trajetória de vida interrompida pela doença; a sua percepção volta-se para as experiências que lhe foram negativas com o outro, dificultando o reconhecimento da dimensão positiva de ser familiar. Como profissionais de saúde, necessitamos estar abertos para novas significações deste corpo que dedica parte de sua vida ao cuidado do outro, visualizar as implicações abrangentes desta enfermidade, deixar de culpabilizar o familiar pela situação de seu ente, inseri-lo no plano de cuidados, assumir uma postura mais humilde e nos permitir também aprender com ele, ouvir seu desabafo, suas necessidades e levar em conta que não é possível planejar a assistência em saúde sem incluí-lo.

**Área Temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Família; Pessoas Mentalmente Doentes; Alta do Paciente; Enfermagem.

**Referências:**

1 Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura. Martins Fontes: São Paulo; 1999.

2 Ricoeur P. Interpretação e ideologias. 4. ed. F. Alves: Rio de Janeiro, 1990.

3 Terra MG et al. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. Acta paul. enferm. 2009; 22 (1): 93-9.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A EXISTENCIALIDADE DO FAMILIAR NA RELAÇÃO COM A DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

# EXISTENTIALISM BY FAMILY RELATIONSHIP WITH THE PERSON WITH A MENTAL DISORDER

# LA EXISTENCIALIDAD DEL FAMILIAR EN LA RELACIÓN CON LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL

FREITAS, Fernanda Franceschi de1
TERRA, Marlene Gomes2
ELY, Gabriela Zenatti3
SILVA, Adão Ademir da4
LIED, Ricardo Germano5

1Enfermeira Mestra em Enfermagem, assistente no Hospital Universitário de Santa Maria da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS). E-mail: fe_franceschi@yahoo.com.br
2Enfermeira Doutora, docente do Departamento e Pós Graduação em Enfermagem da UFSM, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa PEFAS.
3Enfermeira Mestranda do Curso de Mestrado da Pós Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa PEFAS.
4Enfermeiro Mestre em Enfermagem, assistente no Hospital Universitário de Santa Maria da UFSM, Membro do Grupo de Pesquisa PEFAS.
5Enfermeiro Especialista, assistente no Hospital Universitário de Santa Maria da UFSM, da UFSM, Membro do Grupo de Pesquisa PEFAS.

**Introdução:** Diante do adoecimento mental, percebe-se a importância da família e seu acolhimento, na vida do ser humano. Nesse sentido, cuidar de um adulto e sua família significa compreendê-los, considerando a família como aliada ao tratamento, pois são pessoas com as quais o indivíduo com transtorno mental contará para superar obstáculos advindos do sofrimento mental. A hospitalização suscita a mobilização dos familiares, pois estes se encontram vulneráveis e precisam de um espaço no contexto da assistência para serem ouvidos com sensibilidade. Esta solicita dos profissionais de saúde, a compreensão de seus sentimentos, medos e angústias relacionadas à internação da pessoa, que estará sob os seus cuidados após a alta hospitalar. Nesse momento, o familiar necessita ser comprometido com o cuidado domiciliar, pois a alta caracteriza-se pela transferência do cuidado à pessoa internada da instituição de saúde para o domicílio, quando esta atingiu o benefício máximo com o tratamento ofertado no hospital[1]. O familiar necessita ser incluído

no planejamento dos profissionais de enfermagem com vistas a auxiliar no desenvolvimento de habilidades para assistir e apoiar o seu parente em adoecimento psíquico. Deste modo, é fundamental olhar o familiar como corpo sensível inserido no mundo, que necessita ser compreendido a partir da experiência vivida[2]. Para tanto, foi realizada uma pesquisa com a seguinte questão: quais os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental? E teve como objetivo: compreender os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza fenomenológica à luz do referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty e da fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur, realizada para a elaboração de uma dissertação de mestrado. O cenário foi a Unidade de Internação Psiquiátrica Paulo Guedes do Hospital Universitário de Santa Maria/RS. A entrada em campo aconteceu após a aprovação do protocolo do Projeto de Dissertação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, sob o Nº 0343.0.243.000-11. Para a produção dos dados, foram convidados intencionalmente os familiares de pessoas internadas na referida unidade. Como critério de inclusão, nessa pesquisa, elegeu-se: ser familiar, ter idade igual ou maior que 18 anos, dos pacientes internados na Unidade Paulo Guedes/HUSM com previsão de alta; ter sua função cognitiva preservada para compreender e responder os questionamentos feitos na entrevista; ter sido informado previamente pelo médico sobre a alta. Os familiares que aceitaram participar livremente da pesquisa foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que foi assinado em duas vias. Sendo assim, participaram 10 familiares da entrevista, aberta, individual e gravada em gravador digital. Esta etapa ocorreu no período de janeiro a março de 2012, em uma sala reservada previamente com a equipe de enfermagem, a fim de propiciar um ambiente tranqüilo e manter a privacidade do familiar. Utilizou-se a seguinte questão: conte-me o que a alta de seu familiar da unidade de internação psiquiátrica significa para você? Para garantir o sigilo e confidencialidade dos participantes foi utilizada a letra 'F' (F1, F2, F3, F4, sucessivamente) por ser a letra inicial da palavra Familiar, seguido de um número que não correspondeu à seqüência de sua participação. Para compreender e interpretar os significados presentes nos discursos dos familiares foi utilizada a hermenêutica, processo que interpreta conteúdos e significados revelados ou ocultos no discurso[3]. Neste sentido, segue três momentos para a compreensão do discurso dos familiares: o discurso oral foi escutado e, depois transcrito para o discurso escrito em forma de texto, mostrando as histórias vivenciadas pelos familiares. Posteriormente, realizou-se uma *leitura simples* do texto, preservando o discurso original do entrevistado, buscando perceber os primeiros significados; buscou-se realizar várias releituras seguida de uma *leitura crítica* visando à compreensão e a interpretação do que o sujeito deseja expor (significados). Após a leitura de cada texto, as idéias relativas ao objeto de estudo foram destacadas e organizadas em temas (segmentos do discurso compreensivo no texto, que formam uma unidade de sentido), visando compreender o que o discurso quis dizer e as

imagens projetadas diante do texto (metáforas). A apropriação aconteceu quando a mensagem foi revelada de maneira dinâmica, permitindo várias interpretações, pois não é uma verdade absoluta[4]. A partir da compreensão e interpretação dos discursos dos familiares emergiu a metáfora em três temas: o mundo da família revelado pelo familiar, a existencialidade do familiar na relação com o outro (a pessoa com transtorno mental) e, ambiguidade da alta hospitalar: entre a possibilidade de convívio e o receio de uma nova crise. Nesse resumo será abordado o segundo tema: a existencialidade do familiar na relação com o outro (a pessoa com transtorno mental). **Resultados:** O ser familiar aparenta ter adormecido seu corpo, pois renuncia ao que traz sentido à sua vida, em nome do outro. Seu mundo perde a identidade, pois suas vivências confundem-se com as da pessoa com transtorno mental. Poucas são as oportunidades de o familiar realizar algo para si, existe a necessidade de pensar no outro, com o outro. O mundo sujeito de cada familiar encontra-se fragilizado pelo enfrentamento dos episódios de crise do transtorno mental; por precisar lidar com o preconceito da sociedade, que exclui a pessoa cujo comportamento pode não corresponder aos padrões estabelecidos; pela exaustão do cuidado do outro; pelo suporte ainda deficiente da rede de saúde; pelas dificuldades financeiras; pelas reflexões e perspectivas futuras sobre a causa da enfermidade. O medo parece ser companhia constante deste familiar. Estes seres temem a agressividade, que pode ser direcionada a eles, aos outros ou ao ambiente, e os riscos advindos da imprevisibilidade do comportamento. Frequentemente nos momentos de crise da pessoa com transtorno mental é que o familiar vivencia o medo com maior intensidade[5], pois se trata de uma circunstância crítica, em que os corpos de ambos permanecem em estado de alerta, devido à sensação de ameaça iminente. Os familiares trazem suas explicações para o transtorno mental, pois, na incerteza de um fator desencadeante para a doença, relembram situações negativas que vivenciaram no passado e possam ter contribuído para situações no presente. Esta ação também revela a intencionalidade de aliviar a ansiedade e insegurança diante de seus questionamentos, muitas vezes sem resposta. O familiar, ao perceber uma pessoa que faz parte de sua vida e lhe é significativa com transtorno psiquiátrico, talvez tenha como primeira reação a busca pela cura, para que este ser recupere o comportamento de antes, mas, ao compreender a impossibilidade de sanar completamente a doença, o familiar expressa extremo sofrimento e dor. Não obstante, surge dúvida sobre o real comprometimento físico e mental gerado pela doença psiquiátrica. Por vezes, a desconfiança do familiar vem da dificuldade em entender o transtorno mental e sua influência no comportamento daquela pessoa, associando-o a má conduta, simulação, incompetência para realizar algumas atividades e até preguiça[4]. Revela-se um dos desafios do familiar da pessoa com transtorno mental: esclarecer a ela sobre a doença e a importância da continuidade do tratamento. Os familiares exprimem decepção, pois sua voz não é ouvida quando alertam os demais membros da família sobre a possibilidade de a pessoa não ingerir a medicação ou quando a mesma não dá atenção aos conselhos sobre as implicações do abandono do processo terapêutico. Isso evidencia a falta de auxílio para a manutenção do tratamento e frustração,

devido aos embates e insucessos freqüentes na tentativa de conscientizar essa pessoa. Dessa frustração advém a culpabilização da pessoa doente por não seguir os cuidados e as recomendações da família e profissionais de saúde, assim como, a responsabilização do familiar por também não adotar tais orientações. Emerge um sentimento de responsabilização e, ao mesmo tempo, arrependimento, pois um familiar relata que suspendeu a administração dos psicofármacos utilizados para o tratamento do transtorno mental. Entretanto, ao perceber o retorno das manifestações da doença, compreende que sua atitude não foi adequada, pois implicou em conseqüências negativas para seu parente. Embora atualmente o hospital não seja a primeira opção para a terapêutica do transtorno mental, a internação hospitalar ainda é percebida como uma oportunidade de cuidado pela pessoa que necessita de tratamento e seus familiares, pois estes referem grande dificuldade em lidar com o outro nos momentos de crise no domicílio. **Conclusões:** Desvela-se a necessidade de atenção ao familiar e, em especial ao familiar que cuida, pois ele explicita sua necessidade de ajuda e cooperação, para exercer o cuidado do outro. O familiar precisa ser ouvido e respeitado em sua individualidade, uma vez que os profissionais de saúde estão habituados a prestar atendimento à pessoa com transtorno mental, mas tendem a não dedicar a atenção devida ao familiar, não valorizando o sofrimento deste ser. O apoio dos serviços de saúde mental revela-se importante para auxiliar o familiar a pensar e realizar o cuidado desse membro da família. Igualmente, percebe-se a urgência em estimular a reflexão do familiar quanto ao cuidado de si, pois a convivência contínua com a pessoa com transtorno mental origina dificuldade de reconhecer-se como corpo sensível, também merecedor de atenção. Deixando o cuidado de si em segundo plano, o familiar também está susceptível ao desenvolvimento do transtorno mental, devido ao estresse e esgotamento constante.

**Área Temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Família; Pessoas Mentalmente Doentes; Alta do Paciente; Enfermagem.

**Referências:**

1 Ganzela M, Zago MMF. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa de literatura. Acta paul enferm. 2008; 21 (2): 351-5.

2 Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura. Martins Fontes: São Paulo; 1999.

3 Ricoeur P. Interpretação e ideologias. 4. ed. F. Alves: Rio de Janeiro, 1990.

4 Terra MG et al. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. Acta paul. enferm. 2009; 22 (1): 93-9.

5 Brischiliari A, Waidman MAP. O portador de transtorno mental e a vida em família. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2012; 16 (1):147-156.

# ATENDIMENTOS POR QUEIMADURAS EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUL DO BRASIL

# BURNS ATTENDANCES IN AN URGENCY AND EMERGENCY SERVICE OF SOUTHERN BRAZIL

# ATENDIMIENTOS POR QUEMADURAS EN UNA UNIDAD DE URGENCIA Y EMERGENCIA DEL SUR DE BRAZIL

BARTEL, Tainã Eslabão1
STURBELLE, Isabel Cristina Saboia2
ANTONIOLLI, Liliana3
BRAGA, Diego Duro3
SANTOS, Evelyn Andrade dos3
BAZZAN, Jéssica Stragliotto2
BRAZ, Dione Lima4
ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena5

**Introdução:** As lesões por queimadura são consideradas causadoras de danos, que além de representar ameaça à vida, podem futuramente significar, para os sobreviventes, barreiras físicas e psicológicas, devido às cicatrizes funcionais e estéticas. Em conseqüência ao grande número de acidentes com adultos jovens em idade produtiva o trauma por queimaduras pode contribuir negativamente na taxa de absenteísmo ocupacional[1]. Diversos estudos apontam maior número de queimaduras nos indivíduos do sexo masculino(1-3). Um estudo realizado em 23 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal, no qual foram analisados 761 casos de queimaduras em serviços de urgência e emergência, permitiu identificar que os homens seriam os mais acometidos por traumas térmicos (n=446; 58,6%)[3]. A extensão da superfície corporal queimada, bem como a região corporal atingida são indicativos de extrema importância no diagnóstico e tratamento, e devem ser considerados desde o atendimento de urgência ao paciente queimado, o qual poderá ter continuidade em unidades especializadas, quando o caso assim o requeira. Em relação à região corporal, as queimaduras de cabeça, pescoço e membros superiores devem receber maior atenção com o intuito de minimizar o prejuízo estético e funcional[4]. Em estudo no qual foi avaliado o perfil das vítimas de queimaduras do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no período de 2003 a 2007, evidenciou-se maior incidência de queimaduras no sexo masculino e as regiões corporais mais atingidas foram membros superiores (n=97; 70,3%), seguido pelo tórax anterior/posterior (n=82;

59,4%), e cabeça e pescoço (n=70; 50,7%)[2]. Membros inferiores, genitália e vias aéreas também foram citados, porém com menor frequência. O primeiro atendimento clínico de paciente vítima de queimaduras, geralmente, é realizado em unidades de emergência, por representarem a principal porta de entrada aos serviços de alta complexidade, como os centros de tratamento de pacientes vítimas de queimaduras. São tratados nesta unidade especializada casos de queimaduras graves, tais como, queimaduras na face, mãos, pés, pescoço, genitais, períneo, articulações, tórax, abdômen, queimaduras por produtos químicos e eletricidade que requerem cuidados especializados devido a possíveis complicações na fase aguda ou durante o processo de reabilitação[5]. Na cidade de Pelotas, localizada no sul do Rio Grande do Sul, o Pronto Socorro representa a principal porta de entrada para o atendimento de pacientes vítimas de queimaduras que, segundo a classificação de gravidade, podem ser considerados médios ou grandes queimados. Este serviço é regional e por isso o fluxo de usuários é intenso. No entanto, destaca-se que os atendimentos de queimaduras que necessitam de uma menor densidade tecnológica podem ser feitos em Unidade Básica de Atendimento Imediato e Unidades Básicas de Saúde. **Objetivo:** Analisar os atendimentos por queimaduras do Pronto Socorro de Pelotas, segundo sexo e região corporal atingida. **Metodologia:** Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, do tipo retrospectivo e descritivo. Foram consultadas 85.270 fichas de atendimentos no Pronto Socorro de Pelotas, no período de janeiro a dezembro de 2011, destas, 529 estavam identificadas como sendo atendimentos envolvendo lesões por queimaduras. Entretanto, após análise detalhada, foram excluídas fichas nas quais foi identificado atendimento devido a acidentes com animais peçonhentos (lagartas e taturanas), e fichas referentes a revisões de atendimentos. Para a coleta de dados, que aconteceu de novembro de 2012 a março de 2013, utilizou-se um instrumento previamente construído e contou-se com a participação dos integrantes discentes do Grupo de Extensão e Pesquisa em Queimaduras da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Após esta etapa, para análise dos dados, estes foram organizados e digitados no Programa *Excel*-2007 da *Microsoft Windows e* analisados no programa "*Statistical Package for the Social Sciences*" - SPSS, versão 18.0. O presente estudo é um recorte da pesquisa intitulada "Atendimento e Encaminhamento para o Tratamento de Queimaduras no Pronto Socorro de Pelotas", a qual recebeu aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob protocolo nº 033/2012. **Resultados:** Os resultados do estudo correspondem à análise de 350 fichas de atendimento a pacientes que sofreram queimaduras. Foi constatado o maior número de queimaduras no sexo masculino (n=222; 63,4%). Corroborado com dados de um estudo transversal realizado em 23 capitais brasileiras e no Distrito Federal, no qual, entre 761 atendimentos por queimaduras 446 (58,6%) corresponderam a pacientes do sexo masculino[3]. Em relação ao número de regiões corpóreas atingidas identificou-se, que a maior parte dos casos de queimaduras ocorreu em uma única região do corpo, sendo 175 (78,8%) no sexo masculino e 95 (74,2%) no feminino; duas regiões queimadas em 25 (11,3%) e 16 (12,5%)

respectivamente; três regiões atingidas, 8 (3,6%) homens e 9 (7,0%) mulheres e mais de três regiões queimadas, 3 (1,4%) homens e 2 (1,6%) mulheres. Cabe destacar que 17 fichas não continham informação que identificasse a região corporal atingida. A região com maior número de queimaduras no sexo masculino foi cabeça e pescoço (n=97; 43,7%); e no sexo feminino prevaleceu queimadura de membros superiores (n=53; 41,4%), Estudo de metodologia similar, realizado em um hospital do Triângulo Mineiro mostrou que os membros superiores (n=97; 70,3%), seguido da cabeça e pescoço (n=70; 50,7%), são as principais regiões corporais que apresentam queimaduras[2]. Nota-se, que pode haver uma especificidade no perfil de atendimentos do Pronto Socorro de Pelotas, pois o número de queimaduras de cabeça e pescoço no sexo masculino é maior que as de membros superiores, podendo estar relacionado com o tipo de atividade desenvolvida no município. Outro dado semelhante apontado na literatura refere-se à presença, porém com menor ocorrência, de queimaduras em tronco anterior e posterior; membros inferiores, genitais e queimadura de vias aéreas[3]. **Conclusão**: Os dados do presente estudo mostram que a ocorrência de queimaduras foi mais frequente no sexo masculino. Cabeça e pescoço foram as regiões do corpo mais atingidas, seguido dos membros superiores. As queimaduras representam um importante problema de saúde pública brasileira e o serviço em estudo apresentou um grande número de atendimentos por trauma térmico, evidenciando a necessidade de trabalhar a prevenção da ocorrência destas lesões. Assim como, a necessidade de desenvolver atividades de prevenção em diferentes cenários tais como, as Unidades Básicas de Saúde, escolas e empresas, as quais podem contribuir com a sensibilização da população e profissionais de saúde e problematização da temática, evidenciando os riscos presentes no ambiente domiciliar e laboral e as principais atitudes a serem adotadas para evitar às queimaduras.

**Área Temática:** Processo de Cuidado

**Descritores:** Queimaduras; Hospitais de Emergência; Epidemiologia

**Descriptors**: Burns; Hospitals, Packaged; Epidemiology

**Descriptores:** Quemaduras; Hospitales de Urgencia; Epidemiología

**REFERÊNCIAS**

1. Coutinho BBA, Babuena MB, Anbar RA, Anbar RA, Almeida KG, Almeida PYNG. Perfil epidemiológico de pacientes internados na enfermaria de queimados da Associação Beneficente de Campo Grande Santa Casa/MS. Rev Bras Cir Plást 2010; 25(4): 600-3.

2. Montes SF, Barbosa MH, Neto ALS. Aspecto clínico e epidemiológico de pacientes queimados internados em um hospital de ensino. Rev Esc Enferm USP Ribeirão Preto 2011; 45(2): 369-73.

3. GawryszewskI VP, Bernal RTI, Silva NN, Neto OLM, Silva MMA, Mascarenhas MDM, Sá NNB, Monteiro RA, Malta DC. Cad Saúde Pública Rio de Janeiro 2012; 28(4): 629-40.

4. Vale ECS. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. An Bras Dermatol Rio de Janeiro 2005; 80(1): 9-19.

5. Serra MCVF, Araújo AS. Tratamento Inicial do Grande Queimado. In: JÚNIOR, E. M. L. et al. Tratado de Queimaduras no Paciente Agudo. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008. p. 87-98.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# OCORRÊNCIA DE QUEIMADURAS E PRINCIPAIS AGENTES CAUSAIS EM UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL

# BURNS AND MAIN CAUSAL AGENTS IN A TOWN OF THE SOUTH OF BRAZIL

# OCURRENCIA DE QUEMADURAS Y PRINCIPALES AGENTES CAUSALES EN UNA CIUDAD DEL SUR DE BRASIL

BARTEL, Tainã Eslabão1
STURBELLE, Isabel Cristina Saboia2
ANTONIOLLI, Liliana3
BRAGA, Diego Duro3
SANTOS, Evelyn Andrade dos3
MARTINS, Caroline Lemos4
BRAZ, Dione Lima5
ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena6

1Acadêmico de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (FEn/UFPel) – Bolsista PROBEC do Grupo de Extensão e Pesquisa em Queimaduras (GEPQ). Contato: tainabartel@hotmail.com 2Acadêmico(a) de Enfermagem da FEn/UFPelMembro do GEPQ
3Acadêmico(a) de Enfermagem da FEn/UFPel. Bolsista Membro do GEPQ
4Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da FEn da UFPel;
5Enfermeira Mestranda do Programa de Pós Graduação da FEn/UFPel Membro do GEPQ 6Enfermeira Doutora Docente da Faculdade de Enfermagem da FEn/UFPel. Coordenadora GEPQ

**INTRODUÇÃO:** As queimaduras são caracterizadas como lesões cutâneas causadas pela ação direta ou indireta de agentes térmicos, radioativos, elétricos e químicos. Dentre as principais causas estão à chama direta, o contato com líquidos e superfícies quentes, corrente elétrica e agentes químicos[1]. Na análise de 761 casos de queimaduras atendidos em serviços de urgência e emergência de 23 capitais e no Distrito Federal do Brasil, foi identificado que os homens entre 20 e 29 anos foram mais acometidos (23,1%), seguido de crianças (22%), adolescentes e adultos em idade produtiva. Dentre os casos com queimaduras infantis, destaca-se que a faixa etária de zero a quatro anos, apresentou-se de forma significativa (16%)[2]. Em outros estudos, também se observa a prevalência de homens em idade produtiva e crianças abaixo da idade escolar como os indivíduos mais acometidos por queimaduras, com idade média de 26,1 anos (variando de 10 meses a 76 anos)[3-4]. Além disso, identificou-se que 61,6% dos indivíduos possuíam idades entre 14 e 59 anos, 33% entre zero e 14 anos e 5% tinham 60 anos ou mais[4]. Ao relacionar a idade com o agente

etiológico, o escaldamento foi prevalente entre pacientes de zero e 14 anos e a chama direta nas demais faixas etárias. Como causa dos traumas também foram citados superfícies aquecidas, eletricidade e agente químico[4]. Pesquisa realizada em Santa Catarina identificou que, entre os agentes envolvidos nos traumas térmicos, os líquidos superaquecidos e produtos inflamáveis são os mais prevalentes e o fogo, superfícies aquecidas e eletricidade foram menos relatados. As queimaduras por líquidos aquecidos acometem principalmente os lactentes e pré escolares, e os líquidos inflamáveis os escolares, pré-púberes e adultos[3]. Ainda, na faixa etária de zero a quatro anos e 15 a 19 anos, o agente causal responsável pela maioria dos traumas térmicos são as substâncias quentes. As queimaduras por fogo e/ou chamas apareceram primeiramente entre 30 e 49 anos e em menor número em crianças entre zero a quatro anos. Substâncias químicas são responsáveis por traumas entre as faixas etárias consideradas produtivas, dos 10 aos 49 anos[2]. Pesquisa realizada no Norte e Nordeste do Brasil com 164 crianças e adolescentes vítimas de queimaduras internados em um hospital de urgência e emergência aponta que os líquidos quentes são os principais causadores de queimaduras, sendo responsáveis por 93 casos (56,71%) das queimaduras, entre estes, a faixa etária predominante para esta etiologia foram crianças de um a quatro anos (n=69), seguidas por lesões químicas, originadas por líquidos inflamáveis, responsáveis por 36 casos (21,95%). Ainda, queimaduras por chama direta geraram 12 casos (7,32%); lesões por eletricidade ocorreram em sete indivíduos (4,27%) as quais, apesar de aparecerem em menor frequência, oferecem pior prognóstico, visto que ocasiona lesões internas no trajeto da corrente elétrica através do organismo, podendo acometer amplamente tecidos e órgãos[5]. **OBJETIVO:** Analisar os agentes causais de queimaduras segundo faixa etária de indivíduos atendidos em um serviço de urgência e emergência da região sul do Rio Grande do Sul. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa. Foram analisadas 85.270 fichas de atendimentos do Pronto Socorro de Pelotas no período de janeiro a dezembro de 2011. Destas, 529 eram decorrentes de atendimentos por queimaduras. Excluíram-se as fichas que continham queimaduras por animais peçonhentos (por exemplo, lagartas e taturanas) e revisões de atendimentos. A coleta de dados aconteceu de novembro a março de 2013, por meio de um instrumento previamente construído, para tanto, contou-se com a participação dos integrantes do Grupo de Extensão e Pesquisa em Queimaduras da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Após esta etapa, os dados foram organizados e digitados no Programa Excel-2007 da *Microsoft Windows* e analisados no programa "*Statistical Package for the Social Sciences*" SPSS, versão 18.0. Este estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (Protocolo nº 033/2012). **RESULTADOS:** Formaram parte da amostra analisada 351 fichas de atendimento. Na analise das faixas etárias, os adultos entre 18 e 45 anos foram os mais acometidos (n= 161; 46%), seguido pelas crianças de zero a sete anos (n=74; 21,1%). Traumas térmicos acometeram adultos entre 45 e 60 anos (n=50; 14,3%), adolescentes entre 12 e 18 anos (n=25; 7,1%), pré púberes de sete a 12

anos (n=20; 5,7%) e, idosos com mais de 60 anos (n=16; 4,6%). Estes achados são semelhantes aos dados encontrados em pesquisas anteriores[2,4]. As 351 fichas analisadas demonstram que os líquidos superaquecidos são os principais agentes causais de traumas térmicos, perfazendo 98 casos (28%), não divergindo dos dados encontrados em estudo anteriores[3]. Superfícies quentes como metais, plástico, solda, cigarro e cola quente apareceram em segundo lugar, totalizando 64 casos (18,3%). Além destes também foi possível evidenciar traumas por líquidos inflamáveis (8%), agentes químicos (8%), chama direta (5,7%), eletricidade (3,7%), queimadura solar (2,6%), explosão por fogos de artifício, bomba caseira, pólvora ou bombinha (2,3%), inalação de fumaça ou jato de ar quente (0,6%) e alimentos quentes (0,3%). Ao analisar o agente causal do trauma térmico segundo a idade das vítimas percebe-se que o escaldamento por líquidos superaquecidos é o que mais acomete crianças com idade entre zero e sete anos, perfazendo um total de 58% dos casos, como também é observado em estudo prévio[4]. Na categoria de sete a 12 anos apareceram como agentes causais a explosão (10%), líquidos superaquecidos, líquidos inflamáveis, agentes químicos e queimadura solar, representando 5% da amostra total. Entre 12 e 18 anos apresentaram-se como agentes causais importantes, os líquidos superaquecidos e superfícies quentes, totalizando seis casos (24%) cada item. Entre adultos jovens de 18 a 45 anos o contato com superfícies quentes foi o maior causador do trauma, totalizando 41 casos (25,5%), porém, os líquidos superaquecidos apareceram de forma significativa nesta faixa etária com 32 casos (19,9%). Também foi observado que os líquidos inflamáveis, chama direta, eletricidade, agente químico, explosão, vapor e queimadura solar ocorreram nessa faixa etária. Na faixa correspondente aos adultos entre 45 e 60 anos, os líquidos superaquecidos e superfícies quentes apareceram igualmente com 12 casos (24%) e, minoritariamente, os líquidos inflamáveis, chama direta, eletricidade, agente químico e vapor. Os idosos foram mais acometidos por líquidos superaquecidos, superfícies quentes e chama direta, (n=3; 18,8%). **CONCLUSÃO:** O estudo permitiu evidenciar que os indivíduos atendidos em decorrência de queimaduras na unidade de urgência e emergência, no ano de 2011, foram principalmente os adultos jovens com idades entre 18 e 45 anos e as crianças com idades entre zero e sete anos, sendo os líquidos superaquecidos, os principais agentes causais em todas as faixas etárias. Os líquidos inflamáveis e os agentes químicos representaram uma parte importante da amostra deste estudo. Superfícies quentes também apresentaram-se de forma significativa. Evidencia-se neste estudo, que as queimaduras acometem um grande número de pessoas, as quais demandarão de cuidados especializados e atendimento em unidades de urgência e emergência. Assim, medidas de prevenção e primeiros socorros devem ser adotadas pelos profissionais de saúde e educadores, a fim de informar a população sobre atitudes preventivas, com enfoque nas principais faixas etárias acometidas e agentes causais mais prevalentes.

**Área Temática:** Processo de Cuidado

**Descritores:** Queimaduras; Hospitais de Emergência; Epidemiologia

**Descriptors**: Burns; Hospitals, Packaged; Epidemiology

**Descriptores:** Quemaduras; Hospitales de Urgencia; Epidemiología

**REFERÊNCIAS**

1. Vale ECS. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. An Bras Dermatol Rio de Janeiro 2005; 80(1): 9-19.

2. GawryszewskI VP, Bernal RTI, Silva NN, Neto OLM, Silva MMA, Mascarenhas MDM, Sá NNB, Monteiro RA, Malta DC. Cad Saúde Pública Rio de Janeiro 2012; 28(4): 629-40.

3. Júnior SP, Ely JB, Sakae TM, Nolla A, Mendes FD. Estudo de pacientes vítimas de queimaduras internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Tubarão- SC. Arquivos Catarinenses de Medicina Florianópolis2007; 36(2): p.22-27.

4. Montes SF, Barbosa MH, Neto ALS. Aspecto clínico e epidemiológico de pacientes queimados internados em um hospital de ensino. Rev Esc Enferm USP Ribeirão Preto 2011; 45(2): 369-73.

5. Oliveira F.P.S, Ferreira EAP, Carmona SS. Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum 2009; 19(1): p.19-34.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# IMPACTO NO COTIDIANO DO FAMILIAR DA CRIANÇA EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

# IMPACT ON THE EVERYDAY LIFE OF THE FAMILY OF THE CHILD IN ONCOLOGICAL TREATMENT

# IMPACTO EN LA VIDA COTIDIANA DE LA FAMILIA DEL NIÑO EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

PEREIRA, Adriana Dall'Asta [1]
CORREA, Aline Medianeira Gomes2
FERREIRA, Carla Lizandra de Lima3
RIEHS, Estefânia Brunelli4
COSTENARO, Regina Gema Santini5
NUNES, Simone dos Santos6

1Enfermeira. Doutoranda pelo DINTER UNIFESP/SP – UFSM/RS – UFRJ/RJ. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano- UNIFRA/RS. Membro do Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde – GEPESES. – CNPq; Rua Pedro Pereira, 341 – Bairro Km3, Santa Maria-RS, CEP: 97095520. Fone: (55) 96135672. E-mail: adrianadap@terra.com.br
2Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano-UNIFRA-RS.
3Enfermeira. Doutoranda pelo DINTER UNIFESP/SP – UFSM/RS – UFRJ/RJ. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano- UNIFRA/RS. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde – GEPESES. – CNPq Rua dos Guabijus, 290, Santa Maria-RS, CEP: 97030859. Fone: (55) 96409121. E-mail: carlalizandralferreira@gmail.com
4Enfermeira. Formada no Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano-UNIFRA-RS.
5Enfermeira. Doutora. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano –UNIFRA-RS. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria-RS.
6Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano –UNIFRA-RS. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria-RS.

**INTRODUÇÃO:** O câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo[1]. A incidência das neoplasias malignas em crianças no Brasil e em outros países constitui-se uma das causas de morte mais frequente e, se eliminadas outras causas, como infecção e desnutrição, as neoplasias passam a constituir um problema de saúde, especialmente no grupo de um a cinco anos de idade, atingindo dez em cada cem mil crianças a cada ano em todo o mundo, sendo que uma criança em cada seiscentas pode desenvolvê-lo durante a infância. Na atualidade 2/3 destes cânceres podem ser considerados

curáveis se a terapêutica instituída for adequada[2]. Contudo, embora os avanços científicos estejam evoluindo, sempre que o familiar vivencia este diagnóstico, ocorre um choque muito grande, necessitando, neste momento, que o enfermeiro mantenha um bom vínculo com os envolvidos neste processo de cuidado, visto que a terapêutica utilizada geralmente necessita de hospitalização. **OBJETIVO:** Identificar o impacto da doença no cotidiano do familiar cuidador da criança em tratamento oncológico. **METODOLOGIA**: Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva exploratória de caráter qualitativo. A amostra constou de 9 (nove) pais que aceitaram participar do estudo e que tem seu filho com câncer em uma Casa de Apoio para tratamento ambulatorial em um Hospital Universitário no interior do Estado do Rio Grande do Sul. A coleta dos dados ocorreu no mês de Abril e maio de 2011, por meio de uma entrevista semi-estruturada composta por quatro questões direcionadas aos pais e ou cuidadores de crianças portadoras de câncer. Para a análise dos dados utilizou-se a análise conteúdo. O projeto foi aprovado pelo comitê da UNIFRA sob o número 409.2010.2, com registro na CONEP nº 1246. **RESULTADOS E DISCUSSÕES**: A partir dos resultados emergiu a seguinte categoria: **A relação de amor e os desafios do enfrentamento da doença;** Com o tempo estimável de hospitalizações, reiternações, a terapêutica agressiva e os efeitos colaterais indesejáveis, com tudo isso, os familiares relatavam dificuldades financeiras; dificuldade de aceitação do tratamento por parte da criança; dificuldade no deslocamento e transporte até o hospital de referência; resistência da criança em manter-se isolada, na aceitação da dieta imposta; sofrimento em deixar outros familiares para seguir o tratamento no hospital; insegurança no cuidado pós-quimioterapia ambulatorial, quando surge os efeitos colaterais como náuseas, vômito, mucosites e alopécia; problemas com a reintegração social da criança e dificuldades no entendimento do processo de tratamento e reabilitação da criança. *P4- " ai ele era muito ativo e agitado, tem um irmão e muitos primos que estavam sempre juntos, daí pra ele parar de ir pra escola e ficar sempre em casa que foi o pior..." " uma vez ele me perguntou se Deus tinha castigado ele com essa doença porque ele me desobedecia..." (CHORO) "cada vez que ele ia tomar banho era uma briga...tinha medo de bater no catéter". P5- " Ah! Dificuldades de dinheiro mesmo, lá em casa é pra fora e não tem banheiro com chuveiro, ele teve até pneumonia no inverno passado..." "o transporte pra vim pra cá é sempre ruim, demorado..." "Os remédios são caros e nem sempre eu podia comprar e ele tem mais oito irmãos e quando tava em casa era impossível ele ficar quieto, né! Por isso que é melhor ele ficar aqui no hospital até tá bem mesmo".* Contudo, em meio de muitas dificuldades, identifica-se que a relação de amor entre familiar/paciente se fortalece ainda mais. Logo após o diagnóstico confirmado, o cuidador passa pelo processo de aprendizagem da doença e seu tratamento, vivenciando a esperança e o medo, a incerteza de um bom prognóstico, perdas sociais, o desejo da cura e receios na tomada de decisões do tratamento na luta diária da criança. Percebeu-se que os familiares mostraram a necessidade de manterem-se sempre perto da criança como uma estratégia de passar segurança para o paciente e para si mesmo. É no cuidador que a criança vê sua referência de proteção diante do enfrentamento do

câncer. *P6- "Ai é difícil depois das quimio no ambulatório, porque ela sempre volta vomitando e passando mal, mas sei que é pro bem dela. Aí dou os remédio, um banho mas não as vezes não sei o que fazer ..." " ela tem muita vergonha de sair na rua porque perdeu os cabelos, não gosta nem de tirar fotos". P7- "... pra mim o ruim é deixar meus outros filhos lá com meu marido e minha sogra...a falta de dinheiro, antes eu trabalhava também, mas agora com ela aqui não dá, mas fazer o que, né? Ela precisa mais de mim que os outros agora".* O impacto da patologia mostrou que a reorganização da rotina familiar foi uma necessidade que se criou a partir das exigências que a doença trás consigo. Desse modo, cada membro da família acaba desenvolvendo novas capacidades e responsabilidades no cotidiano familiar e, assim, facilitando a aceitação da patologia conforme os transcritos acima. A partir dos resultados obtidos, familiares/cuidadores passam a vivenciar o dia-a-dia da criança e saem de sua história para vivenciar a dela, de forma envolvente e significante. Sua experiência passa a ser sustentada em lutas e cuidados, em medos e esperanças, em um pequeno fio que separa a vida e a morte. Os laços afetivos entre os cuidadores e a criança com câncer se fortalecem ainda mais, sendo assim, os familiares não medem esforços e, rapidamente, se adaptam as novas condições provocadas pela doença[3]. Na vida da família e da criança ocorrem diversas mudanças em decorrência do diagnóstico de câncer. Por consequência, eles são induzidos a se ajustar a uma nova rotina, na qual as exigências e demandas do tratamento passam a fazer parte do cotidiano familiar. Sentimentos de culpa, medo da morte, otimismo, depressão, esperança e desesperança seguem toda a família, conforme o sucesso ou não do tratamento4. **CONCLUSÕES:** O estudo permitiu constatar que, mesmo aparecendo dificuldades, os familiares não medem esforços para atuar junto ao enfrentamento da doença, fazer o possível para minimizar o sofrimento da criança e, rapidamente, se adaptam as novas condições, limitações e rotinas estabelecidas. Logo, torna-se de suma importância que os profissionais de saúde estendam o cuidado para toda a família, já que a mesma faz parte do tratamento. Portanto, a família precisa ser acompanhada e assistida em todos os aspectos e, principalmente, ser ouvida em seus anseios, sentimentos e necessidades, para que situações de crise sejam detectadas precocemente e combatidas precocemente para o familiar poder estar ao lado da criança durante todo o tratamento ajudando-os a enfrentar as dificuldades no decorrer do tratamento.

**Área Temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Criança; Cuidador; Câncer

**REFERÊNCIAIS**

1-Angelo Margareth, Moreira Patrícia Luciana, Rodrigues Laura Maria Alves. Incertezas diante do cancer infantil: compreendendo as necessidades da mãe. Esc. Anna Nery

[periódico na Internet]. 2010 Jun [citado 2011 Jun 14] ; 14(2): 301-308. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200013&lng=pt. doi: 10.1590/S1414-81452010000200013.

2- Lima Regina Aparecida Garcia de, Scochi Carmem Gracinda Silvan, Kamada Ivone, Rocha Semíramis Melani Melo. Assistência à criança com câncer: alguns elementos para a análise do processo de trabalho. Rev. esc. enferm. USP [serial on the Internet]. 1996 Apr [cited 2011 May 25] ; 30(1): 14-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341996000100002&lng=en. doi: 10.1590/S0080-62341996000100002

3-Françoso Luciana Pagano Castilho. Reflexões sobre o preparo do enfermeiro na área de oncologia pediátrica. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 1996 Dez [citado 2011 Jun 14] ; 4(3): 41-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300004&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-11691996000300004.

4- Costa Juliana Cardeal da, Lima Regina Aparecida Garcia de. Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2002 Jun [citado 2011 Maio 25] ; 10(3): 321-333. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300007&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-11692002000300007.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# COMPREENSÃO DO TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NA CRIANÇA: VISÃO DE PROFESSORES

# UNDERSTANDING OF ATTENTION DEFICIT DISORDER AND HYPERACTIVITY IN CHILDREN: TEACHER'S VISION

# COMPRENSIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LOS NIÑOS: LA VISIÓN DE LOS DOCENTES

PEREIRA, Adriana Dall'Asta1
CORREA, Aline Medianeira Gomes2
FERREIRA, Carla Lizandra de Lima3

1Enfermeira. Doutoranda pelo DINTER UNIFESP/SP – UFSM/RS – UFRJ/RJ. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano- UNIFRA/RS. Membro do Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde – GEPESES. – CNPq; Rua Pedro Pereira, 341 – Bairro Km3, Santa Maria-RS, CEP: 97095520. Fone: (55) 96135672. E-mail: adrianadap@terra.com.br
²Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano-UNIFRA-RS.
3Enfermeira. . Doutoranda pelo DINTER UNIFESP/SP – UFSM/RS – UFRJ/RJ. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano- UNIFRA/RS. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde – GEPESES. – CNPq Rua dos Guabijus, 290, Santa Maria-RS, CEP: 97030859. Fone: (55) 96409121. E-mail: carlalizandralferreira@gmail.com

**Introdução:** O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio comum na infância, podendo persistir até a idade adulta. É considerado um distúrbio de interação, pois é no convívio com as pessoas que as características são mais facilmente sentidas e dependendo do grau de formalidade exigido em determinados contextos a evidência desse distúrbio poderá ser maior. Cabe ressaltar que pode haver variações no quadro comportamental dentro do grupo desenvolvido pelas crianças com essa patologia, uma vez que suas características podem variar de acordo com o ambiente no qual elas estão inseridas, bem como do suporte psicológico que recebem das famílias[1]. A criança com TDAH apresenta hiperatividade, ou seja, atividade motora excessiva atrapalhando seu desempenho não só no ambiente familiar, como também na escola. Ela responde aos múltiplos estímulos ambientais com uma prontidão imediata, parecendo não selecionar conscientemente a tarefa ou o objeto prioritário de sua ação. A inquietação revela uma falta de controle do próprio corpo, indicando uma desarmonia entre o sentir, o pensar e o agir, bem como a precipitação antes das perguntas terem sido concluídas[2]. Também é possível afirmar que as crianças com TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade, são mais agressivas e impulsivas, e tendem a apresentar altas

taxas de rejeição pelos colegas[3]. O diagnóstico na maioria das vezes é desconhecido pelos pais, os quais observam seus filhos inquietos, desatentos, impulsivos, tornando-se difícil para um leigo diferenciar uma criança agitada de uma hiperativa. O TDAH é muito frequente nas escolas, tornando-se fundamental que o professor compreenda o que é o TDAH, bem como identifique as crianças por ele acometidas. **Objetivo:** Compreender como os professores de uma escola da rede municipal de ensino de Santa Maria – RS identificam, na sala de aula, uma criança com TDAH. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em uma Escola de Ensino Fundamental, localizada na região oeste do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Os participantes da pesquisa compreendem dez professores do 1º ao 4º ano da Escola de Ensino Fundamental. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semi-estruturada com as seguintes questões: Como você identifica uma criança com TDAH em sala de aula? Como você lida com uma criança com TDAH? Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano-UNIFRA e registrado no CEP/UNIFRA sob número 282.2010.2. **Resultado e discussões:** Após a análise emergiu a categoria: **Identificando o transtorno e dispondo de atenção e cuidados, o**s portadores de TDAH apresentam uma dificuldade ou talvez uma incapacidade de focalizar e direcionar a atenção, desperdiçando sua atenção em um determinado estímulo em detrimento de outro mais relevante naquele momento. A sua dificuldade esta na regulação e no direcionamento do foco, ou seja, no modo como a atenção é direcionada face aos estímulos, podendo manifestar-se tanto pela pouca atenção como pelo foco nas situações de interesse[2]. Contudo, a criança com TDAH apresenta em relação a sua agitação, dificuldades de concentração e em permanecer sentado e acabam gerando diferentes opiniões, como as que seguem: *"Geralmente as crianças com TDAH são agitadas, sem concentração e muitas vezes,apresentam dificuldades para relacionar-se em função de sua agitação"(CEBOLINHA);"É uma criança com dificuldades de atenção, concentração e que por qualquer estimulo visual ou auditivo, sua atenção é desviada do foco central. Está em constante movimento e com ações e reações imediatas e inesperadas, sem limites em seu comportamento"(MAGALI); "É uma criança que demonstra dificuldades em se concentrar, em permanecer sentado, em prestar atenção e seguir os passos das atividades. Enfim, demonstra uma agitação constante, que dificulta sua aprendizagem e seu relacionamento com o grupo de professores"(HOMEM ARANHA);"É uma criança que não consegue se concentrar, prestar atenção, não pára, é agitada e parece estar sempre "nas nuvens". "A criança precisa ser chamada a atenção para ouvir o que estamos falando". "É um transtorno, não consegue se concentrar e agita o tempo todo" (BOB).* Na grande diversidade de alunos, com os quais o professor lida diariamente, há um que merece mais atenção, o qual precisa de uma atenção diferenciada para que possa aprender o que lhe é ensinado e estar bem integrada a turma e ao professor. Esse aluno é geralmente aquele que tumultua, atrapalha a aula, a si mesmo e aos colegas, e parece sempre não querer ouvir. Não permanece nas atividades tempo suficiente para realizá-las bem, é muito agitado. "Fala

bem, às vezes traz ótimas idéias, outras, parece que embarcou para outro planeta"[3]. A pesquisa corrobora com os autores que enfatizam que as crianças com TDAH distraem-se com muita facilidade e, frequentemente, não conseguem terminar as tarefas propostas para o período preestabelecido. A tarefa escolar prolongada é o indicador mais evidente para se detectar a acentuação da hiperatividade. O autor complementa, falando que qualquer estímulo, por mais simples que seja, é suficiente para desviar a atenção da atividade que estão desenvolvendo e não conseguem finalizar uma tarefa de maneira adequada[4]. Quando os professores detectam o problema, informam que sempre solicitam o encaminhamento a profissionais especializados, visto que quando é diagnosticada, a criança fica mais compreensível e participativa nas aulas. Entretanto, nem sempre a família aceita e procura o atendimento necessário, conforme relatam: *"Você exige dentro de um limite possível para ela participar das atividades, porem, temos um grande numero de alunos muito agitados, com muitas dificuldades e com suspeita de problemas psicológicos e neurológicos, etc. Outros, com problemas de limites pela família. Assim, fica difícil. Os encaminhamentos na maioria dos casos, os pais não levam a nenhum atendimento"(BRANCA DE NEVE); "Encaminhamos para uma avaliação médica, porém poucas famílias o fazem, o que consequentemente prejudica a aprendizagem do aluno e o seu relacionamento com os colegas" (CINDERELA).* Convém salientar que para realizar o diagnóstico do TDAH é necessário que os pais aceitem realizar consultas com psicólogos para que ocorra o diagnóstico a partir dos sintomas na história de vida da criança, ou seja, a duração dos sintomas de desatenção e/ou de hiperatividade/impulsividade. Portanto, para que seja feito o diagnóstico de TDAH, é fundamental que pelo menos os sintomas de desatenção e/ou de hiperatividade/impulsividade estejam presentes frequentemente na vida da criança. O tratamento do TDAH inclui orientação da família e da escola, um suporte com terapia especializada, uso de medicamentos, estabelecendo normas de comportamento bem claras e definidas. **Conclusões:** Após a análise dos resultados obtidos, é evidente que os professores têm dificuldade em identificar a criança com TDAH em sala de aula, proporcionando assim, um ambiente diferenciado, no qual, a mesma não se disperse com tanta facilidade. Evidencia-se o despreparo dos professores na identificação do aluno com TDAH, pois os mesmos vivenciam o processo em sala de aula, mas sentem dificuldades em compreender o transtorno. Afirmam que a criança com TDAH é diferente das demais e que muitas vezes se torna mais irritada, agressiva com os colegas e professores, não desenvolvendo corretamente as atividades propostas em sala de aula, devido a sua constante agitação e falta de concentração. Salienta-se a importância do professor na percepção dos sintomas da criança com TDAH, conversando com os pais e solicitando o encaminhamento da mesma a um profissional especializado, para que seja feito um tratamento adequado.

**Área Temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Criança; Professores; Transtorno de Déficit de Atenção

**REFERÊNCIAIS**

1. Fabrício, NM. TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Disponível em: <http://revista.ulbratorres.com.br/artigos/artigo15.pdf> Data de acesso: 12 de Maio de 2010.

2. Barkley RA. Transtorno de déficit de atenção /hiperatividade (TDAH): guia completo para pais,professores e profissionais da saúde. Porto Alegre:Artmed; 2002.

3. Lobo PD, Pereira VA, Lima LA. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – o que este nome realmente significa. Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil, 2008. Disponível em:<http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol19_3art06.pdf>. Data de acesso: 12 de Novembro de 2010.

4. Araújo AP. Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. Jornal de Pediatria, Vol. 78, Supl.1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78s1/v78n7a13.pdf>. Data de acesso: 08 de Novembro de 2010.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# GENOGRAMA E ECOMAPA DE CUIDADORES FAMILIARES DE CRIANÇAS QUE TEM HIV/AIDS EM TERAPIA ANTIRETROVIRAL

# GENOGRAMA ES ECOMAPA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE NIÑOS CON VIH / SIDA EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

# GENOGRAM IS ECOMAP OF FAMILY CAREGIVERS OF CHILDREN WHO HAVE HIV / AIDS ON ANTIRETROVIRAL THERAPY

POTRICH, Tassiana1
PAULA, Cristiane Cardoso de2
ROSA, Lisiane da3
RODRIGUES, Andressa Peripolli4
PIESZAK. Greice5
KINALSKI, Daniela**6**

1 Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Mestranda na Universidade Federal de Santa Maria-UFSM/RS tassipotrich@yahoo.com.br
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria-UFSM/RS
3 Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Mestranda em Ciências da Saúde- UNOCHAPECÓ-SC.
4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda na Universidade Federal do Ceará-UFC
5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Santiago/RS.
6 Enfermeira. Membro do grupo de Pesquisa Cuidado às Pessoas, famílias e Sociedade-PEFAS. Universidade Federal de Santa Maria-UFSM/RS

**Introdução:** Atualmente, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) se caracteriza por sua cronicidade, que implica no desafio da adesão ao tratamento com terapia antirretroviral (TARV). Além disso, a feminização, ou seja, o aumento de casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o consequente adoecimento pela aids em mulheres acarretou algumas consequências epidemiológicas, dentre as quais pode-se citar os índices de infecção em crianças que apresentam-se elevados em decorrência da transmissão vertical. No período de 1980 a 2011 foram notificados 14.127 casos de aids em menores de cinco anos e em 2010 foram notificados 482 novos casos, sendo estes indicadores da transmissão vertical[1] . Ainda, a criança que tem HIV/aids e necessita fazer uso dos ARVs não possui maturidade para compreender o processo que envolve a terapia, a necessidade do uso da medicação, consequências e evolução da doença, desse modo, a necessidade de um cuidador se mostra imprescindível. Nesse cenário, o familiar cuidador de criança que tem HIV/aids precisa se adaptar as demandas de cuidado que vão desde

questões de crescimento e desenvolvimento infantil até especificidades que a condição sorológica, como por exemplo, demanda de exames, acompanhamento especializado, uso de medicamentos, além das questões que perpassam a revelação do diagnóstico e preconceito de terceiros. Nesse sentido, julga-se necessário conhecer quem participa do cuidado à criança que tem HIV/aids em TARV e que relações a família estabelece para o desenvolvimento deste cuidado. **Objetivo:** O objetivo do presente trabalho é de apresentar, algumas considerações acerca da construção do genograma e ecomapa do familiar cuidador da criança que tem HIV/aids em terapia antirretroviral para melhor compreensão da dinâmica do cuidado. **Metodologia:** O presente trabalho faz parte do Projeto de pesquisa de dissertação de mestrado. Os sujeitos foram os familiares cuidadores de crianças que têm HIV/aids em acompanhamento ambulatorial no Hospital Universitário de Santa Maria-HUSM. Pesquisa de abordagem qualitativa onde foi realizada a construção do genograma-ecomapa com o familiar cuidador de crianças que tem HIV/aids em TARV. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob a CAAE: 11579012.6.0000.5346, em janeiro de 2013. Todos os participantes que aceitarem participar da Pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). **Resultados:** Tanto o genograma quanto o ecomapa são importantes instrumentos para a compreensão da dinâmica familiar. O genograma demonstra a representação gráfica de dados sobre a família, e durante a sua construção há a visualização da dinâmica familiar e as relações entre seus membros, através de símbolos e códigos padronizados, em pelo menos três gerações[2]. Na construção do genograma dos cuidadores familiares de crianças que tem HIV/aids em TARV pode-se perceber que o número de pessoas da família que participa do cotidiano do cuidado à essas crianças é limitado às pessoas que residem com esta, sendo pai, mãe e irmãos mais velhos e, em alguns casos, primos e tios. Tal fenômeno pode ser explicado pelo fato de que, em grande parte dos casos, a família opta por não revelar o diagnóstico para terceiros por medo que a criança possa vir a sofrer alguma forma de preconceito, em função da sua condição sorológica. Ainda relacionado ao genograma, nota-se que uma significativa parcela das crianças que tem HIV/Aids tem o cuidado desempenhado por outros, que não sejam seus pais biológicos, entre eles pais adotivos e irmãos mais velhos. Essa situação se apresenta como uma consequência da orfandade devido a aids em família. Apesar dos avanços obtidos na terapia antirretroviral ainda evidenciam-se óbitos em decorrência do HIV/aids, muitas vezes, em virtude da não aceitação do diagnóstico e, consequentemente, não adesão à terapia, ou ainda pela descoberta do diagnóstico em estágio avançado da síndrome. Utilizou-se ainda o ecomapa para melhor visualizarmos as relações que a família estabelece como forma de apoio no processo de cuidado à criança que tem HIV/aids em TARV. O ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a sociedade e ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pelas famílias[3]. Ao construirmos o ecomapa, percebe-se que as relações existentes da família da criança que tem HIV/aids são pouco expressivas. Na grande parte dos casos a relação mais forte explicitada pelo familiar cuidador está relacionada apenas

aos serviços especializados de sáude. Escolas, instituições, vizinhança, círculo de amigos não aparece na construção do ecomapa destas famílias. Esse fato pode encontrar sua justificativa no fato de que, com medo do preconceito, o cuidador familiar muitas vezes não revela a condição sorológica da criança evitando estabelecer relações com outros atores pois a rotina da criança que tem HIV/aids em TARV é modificada, podendo gerar questionamentos que levem terceiros à descobrir a condição sorológica da mesma. Assim, o cuidador familiar toma para si todas as demandas de cuidado desta como forma de precaução e proteção. Tanto o genograma como o ecomapa são ferramentas que tem por finalidade ajudar o enfermeiro a fazer o diagnóstico, dispondo e organizando os dados de forma a serem mais bem visualizados[3]. C**onclusões:** A utilização do genograma e ecomapa se mostrou eficiente para conhecer os participantes do processo de cuidado da criança e as relações estabelecidas. O caráter dinâmico dos instrumentos possibilitou uma melhor visualização das relações do cuidado familiar revelando-se como instrumentos que facilitam o conhecimento da realidade dos usuários dos serviços de saúde. Analisando o genograma percebe-se que a família da criança que tem HIV/aids conta com um número reduzido de pessoas que participam do cuidado à criança. Esse fato é corroborado pelo estigma que a revelação do diagnóstico à terceiros causa nos familiares cuidadores, relacionado diretamente ao medo do preconceito que essa criança possa vir à sofrer. No que diz respeito ao ecomapa da família da criança que tem HIV/aids em TARV evidencia-se poucas relações estabelecidas. Nesse sentido se faz necessária a atuação efetiva do profissional enfermeiro nestes espaços. Reconhecer e identificar as dificuldades apresentadas por estas famílias diagnosticando suas possíveis necessidades, para, a partir daí planejar estratégias de intervenção, implementação de ações e avaliação dos resultados. Desta forma, a utilização destes instrumentos se apresenta como uma forma de subsidiar o cuidado à essas crianças empoderar os familiares cuidadores, criando assim melhores condições de vida para ambos.

**Área Temática:** Processos de cuidado

**Descritores:** família; saúde da criança; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**;**

**Referências**

1 Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional DST/AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. 2011.

2 Pereira APS, Teixeira GM, Bressan CAB, Martini JG. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Rev. Bras. Enferm. 2009;(62)3:407-16.

3 Rocha SMM, Nascimento LC, Lima, RAG. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino da graduação. Rev. Lat. Am. Enfermagem. 2002; (10)5: 709-14.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PREVALÊNCIA DE FRAGILIDADE EM IDOSOS HOSPITALIZADOS NA REGIÃO SUL DO BRASIL

# PREVALENCE OF WEAKNESS IN ELDERLY INPATIENT IN SOUTHERN BRAZIL

# PREVALENCIA DE DEBILIDAD EN PACIENTES MAYORES EN EL SUR DE BRASIL

ROESSLER, Gabriela Andreatta[1]
LINCK, Caroline de Leon[2]

1 Autora. Relatora do trabalho. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/ Campus Palmeira das Missões. E-mail: gabyroess@hotmail.com.
2 Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS , Professora Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/ Campus de Palmeira das Missões. Orientadora do Trabalho. E-mail: carollinck15@gmail.com.

**INTRODUÇÃO:** O envelhecimento é um dos fenômenos mais marcantes na sociedade atual, resultado progressivo da transição demográfica, com ascensão da população idosa e queda no número das crianças e adolescentes, e também da transição epidemiológica, que resulta na alteração da estrutura etária e ocorrências das enfermidades no país. Segundo dados demográfico a população brasileira era de 190.755.199 milhões de pessoas, em 2010, sendo que a população de idosos que têm 60 anos ou mais, era de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8% da população total. Isto vem em resposta a mudanças em alguns indicadores de saúde, como aumento da expectativa de vida, queda da fecundidade, natalidade e mortalidade avanço da tecnologia, associada ao incremento da urbanização e da medicina, a descoberta e inserção de novos procedimentos diagnósticos e terapêuticos ampliação do acesso ao serviço e sistemas de saúde, implementação do Sistema Único de Saúde - SUS.[1] Embora se compreenda o envelhecimento como um processo natural, em que ocorre à diminuição progressiva da reserva funcional do indivíduo, senescência, que não desencadeia qualquer problema quando apresentado em condições normais, no entanto somado à sobre carga das doenças crônicas, acidentes, violências e estresse emocional pode acarretar uma condição patológica que requer atenção e assistência e ainda maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de processos patológicos como as Síndromes Geriátricas.[1] As chamadas síndromes geriátricas englobam um grupo de condições clínicas, em geral, crônicas que promovem diminuição da capacidade funcional dos idosos, diminuição da autonomia, maior dependência, aumenta os riscos de quedas, fraturas e de

institucionalizações, eleva significativamente os gastos tanto dos idosos quanto do SUS. Neste ínterim destaca-se a síndrome da fragilidade a qual é conceituada como uma síndrome clínica cujos sinais e sintomas são preditores de diversas reações adversas tais como; declínio funcional, institucionalização, hospitalização e morte.[2] Caracterizada por apresentar manifestações como fraqueza, sensação de cansaço, perda de peso, desnutrição, falta de atividade física, anormalidades na marcha e no equilíbrio e seu desenvolvimento é compreendido como decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais ao longo da vida, como: morar sozinho, baixa renda, idade entre 60 e 69 anos, dependência funcional e cognitiva relacionadas a patologias, uso de medicações, baixo apoio e participação social, abandono dos familiares e internações relacionadas a morbidades preexistentes. Fatores que possuem potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas.[3-4] Estudos realizados pelo grupo Jonh Hopkins University, nos Estados Unidos, mostraram que a prevalência da síndrome na população idosa é de 6,9% e que a incidência em quatro anos, será de 7,2%, com predominância principalmente em mulheres.[3] Assim, as pesquisas dessa síndrome são de grande relevância, pois o idoso frágil encontra-se num estado de maior vulnerabilidade, predisposto a maiores ocorrências de desfechos clínicos adversos, declínio funcional, quedas, acarretando maior dependência dos familiares e cuidadores na realização das atividades diárias e, ainda redução da expectativa de vida e consequentemente aumento das taxas de morbimortalidade.[1] Contudo salienta-se a importância dos profissionais da saúde estarem preparados para atuarem frente a esta realidade, pois em geral, são os profissionais que apresentam maior contato com os idosos na rede de atenção a saúde e, que apresentam competências especificas para trabalhar com esta população, sendo muitas vezes responsáveis por capacitar o restante da equipe de saúde. Neste sentido, os enfermeiros e a equipe de saúde, devem estar aptos a reconhecerem as alterações e características decorrentes da Síndrome da Fragilidade, utilizando métodos de trabalho que auxiliem na avaliação multidimensional do idoso e identificação precoce dos problemas de saúde, assim como os fatores de risco relacionados a desenvolvimento da síndrome, para realização de intervenções e cuidados, visando à promoção do envelhecimento saudável, melhoria da qualidade de vida do idoso e maior suporte biopsicossocial para a pessoa idosa, seus familiares e comunidade decorrentes da Síndrome da Fragilidade, utilizando métodos de trabalho que auxiliem na avaliação multidimensional do idoso e identificação precoce dos problemas de saúde, assim como os fatores de risco relacionados a desenvolvimento da síndrome, para realização de intervenções e cuidados, visando à promoção do envelhecimento saudável, melhoria da qualidade de vida do idoso e maior suporte biopsicossocial para a pessoa idosa, seus familiares e comunidade.[5] A partir do exposto busca-se com está pesquisa responder a seguinte questão norteadora: Qual a prevalência da Síndrome da Fragilidade em Idosos hospitalizados no Sul do Brasil? **OBJETIVO:** Investigar a prevalência da Síndrome da fragilidade em idosos hospitalizados. **METODOLOGIA:** Para atender o objetivo esta pesquisa caracteriza-se por apresentar uma abordagem quantitativa do tipo transversal e

descritiva. A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul\ Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA\HU\UFRGS. Os campos do estudo compreenderam as Unidades de Internação de Clínica Médica, Cirúrgica e a Sala de Observação Adulto do Serviço de Emergência. A população que compôs o estudo consiste em idosos que estavam internados nas áreas campos do estudo. A amostragem se deu por conveniência, resultando em uma amostra de 395 idosos hospitalizados. As variáveis utilizadas estão relacionadas à presença de fragilidade no idoso hospitalizado segundo os critérios da Escala de Edmonton e aos indicadores sócios demográficos: sexo, idade, cor ou raça e morbidades preexistentes. A análise dos dados será realizada através de uma análise descritiva, com apresentação da distribuição do desfecho de acordo com as variáveis independentes. Para tal foi construído um banco de dados no programa estatístico SPSS *(StatisticalPackage for Social Sciences)* versão 1.6. A discussão dos resultados será realizada com base no referencial teórico próprio do tema do estudo. No que se refere às questões éticas, este projeto advém de um projeto guarda-chuva intitulado "Fragilidade em idosos: evidências para o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem „risco para fragilidade no idoso" e ou „síndrome da fragilidade no idoso"". Que foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de enfermagem - COMPESQ /UFRGS e ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido antes da coleta de dados, como prevê a Resolução n 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. **RESULTADOS:** Espera-se com esta pesquisa identificar a prevalência de fragilidade em idosos hospitalizados na região sul do Brasil, identificando os principais fatores associados a esta condição clínica a fim de subsidiar a construção de alternativas que visem à prevenção da síndrome da fragilidade ou que amenizem os quadros já instalados. **CONCLUSÃO:** Esta pesquisa poderá fomentar momentos de reflexão por parte dos profissionais de saúde, principalmente a enfermagem, sobre o processo do envelhecimento e a síndrome da fragilidade, além de possibilitar a construção de conhecimentos teóricos.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processo do cuidado

**DESCRITORES:** Idoso Fragilizado; Envelhecimento; Enfermagem Geriátrica.

**DESCRIPTORS:** Frail elderly; Aging; Geriatric nursing.

**DESCRIPTORES:** Anciano frágil; Envejecimiento; Enfermería geriátrica.

**REFERÊNCIAS:**

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

2. MACEDO, C.; GAZZOLA, J. M.; NAJAS, M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, São Paulo, v. 33, n. 3, p.177-184, out. 2008.

3. FRIED, L. P. et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **Journal Of Gerontology**, Baltimore, v. 56, n. 3, p.146-156, 2001.

4. BERGMAN, H. et al. **Howard et al. Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm—Issues and Controversies.** Journal Of Gerontology, Montreal, v. 62, n. 7, p.731-737, jul. 2007.

5. ANTUNES, M. **Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados: contribuições para o diagnóstico de enfermagem "risco para a Síndrome da Fragilidade no Idoso".** 2012. 52 f. Trabalho de Conclusão (Bacharel em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: visão de acadêmicos de enfermagem

# ADOLESCENT PREGNANCY IN A FAMILY HEALTH STRATEGY: vision for nursing students

# EMBARAZO ADOLESCENTE EN UNA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR: visión de los estudiantes de enfermería

BORTOLI, Vanessa da Silva1
SCHONS, Vanessa Fátima2
BASANELLA, Cristiane Thaís Welter3
BLAU, Ana Carolina4
GOMES, Iris Elizabete Messa4
ROESSLER, Gabriela Andreatta4
LINCK, Caroline de Leon5
QUINTANA, Julia de Moura6

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem. E-mail: vanessa.bortoli@hotmail.com. Relatora do Trabalho.
2. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem. Co-autora do trabalho.
3. Enfermeira da Secretaria Municipal Saúde de Palmeira das Missões. Co-autora do trabalho.
4. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Co-autoras do Trabalho.
5. Professora Msc. Em Enfermagem do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – CESNORS Campus Palmeira das Missões. Orientadora do trabalho.
6. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Co-autora do trabalho.

**INTRODUÇÃO:** A assistência pré-natal vem sendo proposta pelo Ministério da Saúde a aproximadamente 25 anos, tornando-se uma das práticas mais antigas desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde no Brasil, visando à melhoria da atenção à maternidade[1]. Esta prática tem por objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem quaisquer impactos para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas[2]. Na última década, diversas medidas foram adotadas para expandir o acesso das mulheres ao

acompanhamento pré-natal, para assim melhorar a qualificação das ações que nele são desenvolvidas e para modificar o modelo de atenção ao parto[1]. Para isso a consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro, tem como objetivo proporcionar condições para a promoção da saúde das gestantes e a melhoria na sua qualidade de vida, através de uma abordagem contextualizada e participativa. De acordo com o Ministério de Saúde e conforme a Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 o enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde[2]. Durante a realização da consulta de enfermagem, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo atentamente suas queixas e ponderando suas preocupações e angústias, devido a isso, o mesmo deve fazer uso de uma escuta qualificada, com a finalidade de proporcionar a formação de vínculo, contribuindo para produzir mudanças concretas e saudáveis no modo de viver da gestante, de sua família e comunidade, desempenhando seu papel como educador[2]. A assistência a mulher no ciclo gravídico puerperal tem grande importância para assegurar a saúde e a vida das mulheres neste momento, para isso o cuidado ao longo da gestação, do parto e do puerpério tem um papel fundamental na redução da morbimortalidade materna e neonatal, auxiliando também na garantia de que as condições que cercam os nascimentos não venham a limitar as novas vidas que aí se iniciam[1]. Nesta perspectiva salienta-se a importância de que o acompanhamento pré-natal realizado nas Estratégias Saúde da Família considere as individualidades das mulheres como, por exemplo, a faixa etária, uma vez que na realidade destas existe uma taxa significativa de gestantes adolescentes as quais necessitam de uma atenção diferenciada. A gravidez na adolescência não é um fenômeno novo, são encontradas grávidas adolescentes de todas as classes sociais, contudo destaca ser de maior prevalência nas classes desfavorecidas. Assim são encontrados como fatores de risco para as adolescentes o abandono escolar, a ausência de planos para o futuro, e a repetição de modelo familiar já vivenciado. Desta forma, muitas vezes a adolescente almeja ter um filho, fazendo com que a maternidade se torne a sua autogratificação[5]. A gravidez na adolescência, se não acompanhada de maneira correta, tem se tornado associada á maior morbimortalidade materno e fetal podendo intervir negativamente no desenvolvimento pessoal e social passando a ser considerada como um problema de saúde pública. Destarte as maiores complicações associadas com a gravidez na adolescência são a pré-eclâmpsia, a anemia, as infecções, o parto pré-termo, as complicações no parto e puerpério e perturbações emocionais, para o bebe os fatores biológicos e socioculturais ligados a pobreza e estilos de vidas estão sendo associados ao nascimento prematuro e ao baixo peso ao nascer[5]. Nesta perspectiva o cenário da realização da pesquisa, uma Estratégia de Saúde da Família – ESF, que serve de campo prático para os acadêmicos da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões, conta com uma população adstrita de 3.300 habitantes, tendo como características marcantes os baixos níveis socioeconômicos e de escolaridade. Devido a isso, percebe-se que essa população encontra-se em grandes situações de vulnerabilidade, definida nesta pesquisa a partir das ideias de Ayres[3] como a

possibilidade de exposição das pessoas ao adoecimento, resultante de um conjunto que engloba os aspectos individuais, coletivos e contextuais, ocasionando maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. Além disso, durante as consultas de enfermagem direcionadas as mulheres no ciclo gravídico-puerperal foi possível perceber um grande número de adolescentes vivenciando a maternidade, ou desejando passar por este processo como uma forma de afirmação social e de projeção de vida. Somando-se a isto discussões realizadas com a enfermeira e os demais membros da equipe da ESF sobre a perspectiva de vida das adolescentes grávidas emergiu o interesse de se investigar a prevalência de gravidez na adolescência na área de abrangência desta ESF, a fim de propor ações que vão ao encontro das necessidades destas mulheres e que auxiliem na melhora das condições de morbimortalidade maternas e infantis. **OBJETIVO:** Investigar a prevalência de gestação na adolescência em uma Estratégia de Saúde da Família na região Norte do Rio Grande do Sul a partir dos registros do SISPRE-NATAL. **METODOLOGIA:** Este trabalho origina-se das atividades teórico/práticas desenvolvidas por acadêmicos de Enfermagem em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município da região norte do Rio Grande do Sul, durante a realização da disciplina de Estágio Supervisionado I, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Tais atividades ocorreram no período de junho a julho do decorrente ano, tendo uma duração de 210 horas. Para a coleta dos dados foram organizados dois instrumentos de pesquisa, um para coletar os dados a partir do SISPRE-NATAL e o outro para a coleta de informações dos prontuários das gestantes. Os dados foram digitados e avaliados no programa *Microsoft Excel*, sendo realizada uma analise descritiva. **RESULTADOS:** A partir da coleta de dados foi possível identificar que foram registradas no SISPRE-NATAL e acompanhadas por esta Estratégia de Saúde da Família 41 gestantes no período de 01 de janeiro de 2013 à 26 de julho de 2013, o que representa cerca 23,16% das gestantes cadastradas no município, demonstrando assim a importância de se investir neste público. No que tange a faixa etária das gestantes envolvidas na pesquisa, observou-se que 12 (29,26%) possuíam idade entre 13 a 18 anos, ou seja, aproximadamente 30% das gestantes acompanhadas por esta ESF são consideradas adolescentes de acordo com o ECA[4]. Desta forma, podemos observar que há um elevado índice de gravidez na adolescência o que vem ao encontro dos dados publicados pelo Ministério da Saúde[1] a partir de uma pesquisa sobre o perfil etário, reprodutivo e socioeconômico das mulheres que tiveram filhos entre os anos 2001 e 2005, em que se evidenciou um índice de aproximadamente 29% de mães adolescentes nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, estando um pouco mais elevada que as taxas de mães adolescentes nas regiões Sul e Sudeste (23,4% e 21% respectivamente). Demonstrando a urgência de investimentos neste campo, ou seja, pesquisas que investiguem o perfil destas gestantes adolescentes e estudos que investiguem as projeções futuras destas mulheres a fim de diminuir estes índices e de qualificar a atenção pré-natal direcionada as gestantes

adolescentes. A partir dos dados apresentados é importante destacar que para além de diminuir os índices de gravidez na adolescia é de suma importância que os profissionais das equipes de saúde estejam preparados para atender as demandas destas mulheres, pois a concepção é uma escolha que precisa ser respeitada e orientada a fim de minimizar os riscos para mães e bebes. Além disso, a importância de se conhecer estas mulheres esta no fato de tentar intervir no seu contexto social visando transformar a perspectiva de vida destas, auxiliando na construção de projetos direcionados a educação e bem estar. E, desta forma diminuindo os índices de gravidez precoce. **CONCLUSÕES:** Com esta pesquisa concluímos que há um número expressivo de gravidez na adolescência, assim, torna-se necessário trabalhar com a equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família, buscando estratégias para aproximar o serviço de saúde à realidade dessas adolescentes, uma vez que essas adolescentes desejam e planejam a gestação, como uma forma de afirmação social e de projeção de vida. Dessa forma, ao aproximar o serviço de saúde a essas adolescentes facilitará o processo gestação/amamentação, visando melhorar a qualidade de vida da gestante/puérpera, bem como da criança. Também, faz-se necessário discutir a gravidez na adolescência através de novas abordagens para além do campo individual e biológico, haja vista as diversas dificuldades em assistir de forma integral essa população.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado

**DESCRITORES:** Gravidez na adolescência; enfermagem; Atenção Primária em Saúde.

**DESCRIPTORS:** Pregnancy in Adolescence; Nursing; Primary Health Care

**DESCRITORES:** Embarazo en Adolescencia; Enfermería; Atención Primaria de Salud

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ministério da Saúde (Brasil). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Atenção ao pré-natal de baixo risco/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

3. Ayres JRCM, et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

4. Estatuto da criança e do adolescente (1990) (Brasil). Estatuto da criança e do adolescente : Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991. – 3. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.

5. Rodrigues RM. Gravidez na Adolescência. Nascer e Crescer 2010; 19(3): S201

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ESTUDO DE CASO SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO II: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

# CASE STUDY ABOUT DIABETES MELLITUS TYPE II: NURSING INTERVENTIONS

RIGUE, Amanda Ceschini1
VOLMER, Cristiana2
CARDOSO, Andreza Lima3
MOSTARDEIRO, Sadja Cristina Tassinari de Souza4

1 Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Relatora, Santa Maria, RS, Brasil. Email: amandaceschini@hotmail.com
2 Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. Email: cristianavolmer@hotmail.com
3 Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. Email: dezalc@hotmail.com
4 Doutora em Enfermagem. Docente associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora orientadora. Santa Maria, RS, Brasil. Email: sadjasm@yahoo.com.br

**INTRODUÇÃO:** A Diabetes Mellitus é uma doença de causa múltipla ocorre, quando há falta de insulina ou ela não atua de forma eficaz, causando um aumento da taxa de glicose no sangue (hiperglicemia). A insulina é produzida pelo pâncreas e é essencial para que nosso corpo funcione bem e possa utilizar glicose (açúcar) como principal fonte de energia. (Portal da saúde, 2013). Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2013), o número estimado de diabéticos no Brasil é de 12.054.827 e deve dobrar até 2025. Neste sentido, tornam-se necessárias ações imediatas e eficazes que busquem parar este crescimento exorbitante. Para que o profissional de saúde possa intervir nos hábitos da população, deve estar preparado para que o paciente não se sinta invadido e aceite as orientações. Aproximadamente metade dos portadores de diabetes tipo 2 desconhecem sua condição, uma vez que a doença é pouco sintomática. O diagnostico precoce do diabetes é importante, pois o tratamento evita suas complicações. Quando presentes os sintomas mais comuns são: Urinar excessivamente, inclusive acordar várias vezes a noite para urinar, Sede excessiva, aumento do apetite, perda de peso, em pessoas obesas a perda de peso ocorre mesmo estando comendo de maneira excessiva, cansaço, vista embaçada ou turvação visual, Infecções frequentes, sendo as mais comuns, as infecções de pele. (Sociedade brasileira de diabetes, 2013) O tratamento básico e o controle da doença dos tipos de diabetes 1 e 2 consistem, primordialmente, de uma dieta específica, de atividade física e do uso adequado da medicação (antidiabéticos orais e/ou insulina). O resultado é obtido através de uma

educação específica, com a necessidade de adoção pelos portadores de diabetes de determinadas medidas e práticas comportamentais. (Guimaraes e Takayanagui, 2002 p. 37-44). No que diz respeito ao controle de glicemia a Sociedade Brasileira de Diabetes (2013) tem como padronização dos valores considerados normais para o hemoglicoteste (HGT): em jejum de 70 a 99 mg/dl, pós-prandial (duas horas) até 140 mg/dl. Para esse grupo de estudiosos, os valores, a qualquer hora do dia que ultrapassem 200 mg/dl, são considerados anormais. No âmbito do cuidado, a meta da terapêutica para pessoas com diabetes é alcançar níveis normais de glicose sanguínea, sem romper bruscamente com o estilo de vida e as atividades usuais. (Sociedade brasileira de diabetes, 2013). **OBJETIVO:** Relatar a experiência de como foi conhecer melhor a realidade dos portadores de diabetes, suas dificuldades, carências, acompanhando um portador de Diabetes Mellitus tipo II e intervindo junto a este, para o aumento de seu bem estar quando possível. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência sobre estudo de caso, realizado no 4º semestre de graduação do curso de enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria, com um usuário dos serviços da UBS Walter Aita, localizada na região leste do município de Santa Maria/RS, foram realizados quarto encontros nos meses de abril e maio do ano 2013. **DESENVOLVIMENTO:** A experiência de conhecer uma história de vida e como a diabetes interviu foi de grande proveito, ensinando que sempre se pode ajudar pacientes por mais que pareçam fechados a suas próprias ideias, acompanhando um usuário da UBS Walter Aita pude fazer um exame físico geral, e como histórico de enfermagem obtive alguns dados: Paciente C.A.P, sexo masculino, sessenta e três anos de idade, cor branca, escolaridade 1º grau incompleto, aposentado, casado e mora somente com a esposa, possui três filhos. Com diagnostico médico de Diabetes Mellitus tipo II desde 2008, após sentir-se desconfortável, resfriado e realizar o hemograma, apresentando como sintomas da doença, muita sede e visão turva, dificultosa. Apresenta como fatores de risco beber socialmente e alimentação inadequada (margarina, arroz, massa, açúcar, fartura em carnes...). Pratica atividades físicas diariamente, por aproximadamente uma hora. Faz uso dos seguintes medicamentos: Metformina (850 mg), AAS (100 mg), Hidroclorotiazida (25 mg) e Captopril. Faz exames laboratoriais de sangue a cada seis meses e verificação de PA e HGT em média quatro vezes por mês (uma vez por semana), PSA realizado há poucos dias e está dentro dos parâmetros normais. O paciente aparenta boa higienização e apresentação, locomove-se bem, (74,9 kg, PA: 120/80 mm/hg e HGT: 110 mg/dl na primeira consulta). Urina aproximadamente três vezes durante a noite possui uma alimentação variada, costuma fazer cinco refeições diárias. Sente formigamento em membros direitos ao repousar. Quanto às condições de moradia, o paciente reside em casa provendo de saneamento básico, bem apresentada, com muitas árvores frutíferas e boas condições de higiene. O senhor C.A.P ocupa-se diariamente com o cuidado do pomar e jardim, passando assim a maior parte do tempo em casa. Relata ainda que a esposa o auxilia no controle das medicações. Um dos principais sintomas para a detecção do diabetes mellitus é o aumento da glicemia, que no caso do seu C.A.P foi o fator que levou ao

diagnóstico da patologia. Apresenta um bom nível de informação, na TV, internet, UBS, livros e folders. Entende a doença e esforça-se para controlar a Diabetes. Acompanhamento do paciente: O primeiro encontro aconteceu na UBS Walter Aita em uma Consulta de Enfermagem agendada. Neste dia realizou-se o exame físico e a coleta de informações sobre o estado geral de saúde do paciente e, por fim o convite para a participação no estudo de caso. A primeira visita à casa do senhor C.A.P realizou-se uma conversa objetivando conhecer o paciente e seus hábitos. Procurando ouvir as principais queixas e dificuldades em relação à doença para tornar possível algum tipo de intervenção. Utilizou-se como fonte de informação o histórico do paciente construído durante a Consulta de Enfermagem realizada na UBS. As principais dificuldades relatadas pelo paciente foram o esquecimento quanto à medicação e dúvidas em relação à dieta. No dia desta visita o paciente estava com HGT pós-prandial de 110mg/dl. Na segunda visita propuseram-se duas intervenções. A primeira foi uma tabela com todas as medicações do paciente e os dias (com os três turnos) da semana para que o paciente pudesse ir marcando, com o auxílio de um imã quais medicações já tomou naquele dia. A segunda intervenção proposta foi o controle da alimentação através da pirâmide alimentar. Neste dia não houve verificação de HGT. Na terceira e última visita realizou-se a avaliação das intervenções propostas e avaliação da evolução do paciente. O paciente refere que a tabela de controle das medicações está sendo de grande valia e que já está habituado com a mesma. Relata ainda que após o inicio do uso da tabela, não teve mais dificuldades com o controle das medicações. Quanto ao estado geral da doença, encontra-se bem controlada, visto que os valores do HGT tem se mantido dentro dos parâmetros, segundo o próprio paciente que realiza o teste semanalmente na Unidade Básica de Saúde. O paciente avaliou como muito positivas as intervenções propostas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O diabetes mellitus é uma doença muito comum e bastante conhecida. Por isso, torna-se difícil a intervenção de um profissional de saúde na condição de pacientes com um bom nível de conhecimento da patologia. Somente a informação não basta, é necessário que sejam desenvolvidas ações resolutivas para que se possa alcançar um bom resultado. Devido ao fato de o paciente ter acesso às fontes de informação sobre a sua patologia, os cuidados de enfermagem foram pautados em métodos de intervenção direta na alimentação e medicação. Outro ponto abordado foi o autocuidado, visto que o paciente mesmo tendo as informações ainda peca ao seguir as orientações. No caso do senhor C.A.P a principal estratégia utilizada foi do autocuidado, visto que o paciente tem necessidade de se sentir independente, porém assistido. Fazer com que ele mesmo assuma o controle da sua patologia, o faz se sentir útil e capaz de cuidar de si próprio. Quanto aos resultados das intervenções, nota-se que as dificuldades referidas pelo paciente (esquecer-se de tomar medicação, não saber o que nem o quanto pode comer) foram comtempladas. O resultado dessas intervenções mostra que sempre é possível realizar melhorias na qualidade de vida dos pacientes. Somente a terapia farmacológica não é suficiente para atender às necessidades do portador de uma patologia, atividades simples podem facilitar a adaptação às mudanças trazidas pela doença. A Enfermagem deve

assumir a responsabilidade de acompanhar os pacientes após o diagnóstico e oferecer atividades que possam melhorar a vida dos mesmos.

Área temática: Processos de Cuidado

Descritores: Diabetes Mellitus; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem

Descriptors: Diabetes Mellitus; Nursing; Nursing Care

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Guimaraes FPM, Takayanagui AMM. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Nutr.* [online]. 2002, vol.15, n.1, pp. 37-44. ISSN 1415-5273.

Portal da saúde (Brasil). Pratique saúde contra Diabetes Melittus. [acesso em 2013 maio 22]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23617

Sociedade brasileira de diabetes (Brasil). São 12 milhões de diabéticos no Brasil. [acesso em 2013 maio 23]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2116-sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil

Sociedade brasileira de diabetes (Brasil). Sintomas de Diabetes. [acesso em 2013 maio 24]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/sintomas-de-diabetes.

Sociedade brasileira de diabetes (Brasil). Valores de glicemia para o diagnóstico de Diabetes. [acesso em 2013 maio 22] Disponível em: www.diabetes.org.br/diabetes/exames/valoresdeglicemia.php

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ASSITÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM ALTERAÇÃO NA IMAGEM FACIAL: REVISÃO DE LITERATURA

ROCHA, Francielle dos Santos1
SOUTO, Valquíria Toledo2
VASCONCELOS, Raíssa Ottes3
TOSSIN, Brenda Ritielli4
TERRA, Marlene Gomes5
MOSTARDEIRO, Sadja Cristina Tassinari de Souza6

1 Acadêmica do 8o semestre do curso de Graduação em Enfermagem. Relator. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: fransantosrocha@hotmail.com
2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Coautor. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.
3 Acadêmica do 7o semestre do curso de Graduação em Enfermagem. Coautor. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.
4 Acadêmica do 7o semestre do curso de Graduação em Enfermagem. Coautor. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.
5 Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM. Doutora em Enfermagem. Coautor. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.
6 Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM. Doutora em Enfermagem. Professor orientador. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.

**Introdução:** A imagem facial tem grande importância social, pois é o vetor de comunicação e interação entre os seres humanos. Quando a alteração está presente na região facial, seja por acidentes, queimaduras, neoplasias, entre outros, pode trazer sequelas para o paciente, tanto morfológicas e funcionais, quanto as psicossociais, visto que, é na face onde estão concentrados os principais órgãos do sentido humano. Logo, entende-se que a assistência prestada a estes pacientes, deve considerar tais aspectos em suas diferentes dimensões. Sendo, assistência sinônimo de cuidado, e este, na enfermagem, é considerado um "saber-fazer" embasado no conhecimento científico fundamentado em princípios filosóficos, teóricos e tecnológicos, na arte, na ética e na estética, direcionado às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade[1]. Ou seja, é assistir o paciente na sua integralidade. Inegavelmente, prestar assistência a pacientes com alteração na imagem facial é desafiador para a enfermagem, pois estes desafios estão relacionados a questões subjetivas do enfermeiro e do paciente. No que se refere a alteração da imagem facial , esta é compreendida como algo que mutila, desconstrói, transforma a imagem do corpo como um todo, portanto interferindo na identidade do indivíduo. A imagem facial é aquela que nos diferencia do outro na sociedade. Sendo a face, uma parte do corpo que fica desnudo,

que nos identifica e faz a comunicação com o outro, seja através de expressões faciais ou pela fala[2]. Deve-se considerar que, na sociedade atual, existe uma preocupação excessiva com os padrões de beleza. Sendo assim, por estarem fora dos padrões estéticos considerados normais, os pacientes que possuem a imagem facial desfigurada, estão sujeitos a constrangimentos e a serem estigmatizados. Além de situações constrangedoras, os problemas decorrentes da alteração da imagem facial, como mudanças nos hábitos de vida, a necessidade de deixar de alimentar-se, falar, sorrir em público, passear, comprometem significativamente a autoestima e a qualidade de vida levando à exclusão do convívio social[2]. **Objetivo:** identificar na literatura científica nacional e internacional, fatores que implicam na assistência de enfermagem a pacientes com alteração da imagem facial. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão de literatura, com caráter exploratório descritivo. Foi realizado a partir de uma busca sistematizada de produções científicas nacionais, publicados na base de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A busca de dados deu-se no mês de julho de 2013, a partir da combinação, dos descritores: "enfermagem" or (operador booleano) "cuidados de enfermagem" and (operador booleano) "imagem corporal" or "autoimagem" or "face". Foram incluídos artigos disponíveis online gratuitos na íntegra, ou com resumos completos na base de dados, disponibilizados nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados em periódicos da enfermagem e que abordassem a questão da assistência de enfermagem a pacientes com alteração na imagem facial. Foram excluídos capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos e científicos e documentos ministeriais. A pré-seleção das produções científicas aconteceu a partir da leitura dos títulos e resumos. **Resultados:** A partir dos descritores citados anteriormente, a busca na base de dados encontrou 38 estudos, e de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos, foram selecionados quatro artigos. Todos os artigos são procedentes do Brasil, o estado que tem mais publicações é o Rio Grande do Sul, com dois artigos, São Paulo com um artigo e Rio de Janeiro também com um artigo. A Revista Gaúcha de Enfermagem possui dois artigos, a Revista da Escola de Enfermagem da USP e a Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery, ambas tem um estudo cada. Quanto ao tipo de estudo, dois são do tipo qualitativo exploratório e os outros dois são do tipo quantitativo. Nestes artigos foram identificados fatores, que tem implicação na assistência de enfermagem ao paciente com alteração da imagem facial. São eles: conhecimento científico, sistematização da assistência, necessidades fisiológicas e necessidades psicossociais dos pacientes com alteração na imagem facial . Em relação ao conhecimento científico**,** os artigos consideram a consciência sobre o conceito de imagem do corpo, a capacidade de reconhecer os estágios de adaptação à alteração da imagem corporal, os mecanismos de defesa de cada paciente, conhecimento sobre a doença, o processo de operação e os efeitos que ela e o tratamento terão sobre o paciente[2]. A sistematização da assistência foi abordada nos artigos e propõem a forma de cuidar de pacientes com alteração na facial imagem, o planejamento e as etapas da assistência de enfermagem. Além disto, sistematização da assistência apresenta

diferentes nomenclaturas para sua denominação, dependendo do referencial adotado, da finalidade, e da área a que se destina[4]. Nestes artigos, o enfoque para a sistematização da assistência ocorre voltada para o planejamento de estratégias assistenciais e educativas; o estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem como ponto de partida para o planejamento da assistência; As necessidades dos pacientes com alteração da imagem facial foram identificadas nos artigos, sendo relacionadas às dimensões fisiológicas e/ou psicossociais. Os artigo apontaram para a dificuldade de mastigar e engolir que, muitas vezes, esses pacientes apresentam. Tendo em vista que a alimentação está diretamente relacionada à existência e a sobrevivência do ser humano, e baseado nos pressupostos da teoria de Abraham Maslow, destaca-se esta como uma necessidade fisiológica**.** Em sua teoria denominada motivação humana, Maslow concebeu a hierarquia das necessidades humanas. De acordo com sua concepção, as necessidades básicas, ou fisiológicas, são relacionadas com as necessidades de manter-se vivo, de respirar, comer, beber, dormir, ter relações sexuais[5]. Os artigos também destacam às necessidades psicossociais dos pacientes com alteração na imagem facial. Evidenciou-se que estes pacientes necessitam de cuidados que vão além do cuidado profissional, ou seja, necessitam de um cuidado pautado nos valores humanos como compaixão, solidariedade, dentre outros[2]. Considerando-se as necessidades identificadas, entende-se que, para a assistência de enfermagem humana e integral, é imprescindível a reflexão contínua do enfermeiro acerca da maneira como o paciente é assistido, acolhido, e inserido no cuidado, pois estes são fatores que influenciam significativamente no desenvolvimento do processo de cuidado. **Conclusão:** Compreende-se que a alteração na imagem facial proporciona uma série de modificações na vida do paciente e, estas vão desde questões fisiológicas a implicações em sua vida social. Este estudo permitiu apreender que, para o enfermeiro realizar o cuidado a pacientes com imagem facial desfigurada, deve conhecer-se e, consoante a isso, ter conhecimento baseado na literatura científica. E, ainda, que o cuidado deve considerar as necessidades em esfera biopsicossocial dos pacientes.

Á**rea temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Enfermagem. Assistência de Enfermagem. Imagem Corporal. Auto imagem. Face.

**REFERÊNCIAS**

1. Santos I, Caldas CP, Erdmann AL, Gauthier J, Figueiredo NMA. Cuidar da integralidade do ser: perspectiva estética/sociopoética de avanço no domínio da enfermagem. Rev. enferm. UERJ. 2012; 20(1):9-14.

2. Mostardeiro SCTS, Pedro ENR. O cuidado de enfermagem em situações de alteração da imagem facial. Rev. gaúch. Enferm. 2011;32(2):294-301.

3. Mostardeiro SCTS, Pedro ENR. Pacientes com alteração da imagem facial: circunstâncias de cuidado. Rev. gaúch.enferm. 2010; 31(1):100-107.

4. Cruz AMP, Almeida MA. Competências na Formação de Técnicos de Enfermagem de para implementar um Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev. esc. enferm. USP [serial na internet]. 2010 Dez [citado 10 jul 2013]; 44 (4): 921-927. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400009&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400009.

5. Vitoria Regis LFL, Porto IS. Uma Equipe de Enfermagem e Maslow: (in) satisfações no Trabalho. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2006, vol.59, n.4 [citado em 2013/07/10], PP 565-568. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000400018&lng=en&nrm=iso

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM HIV/AIDS: NOTA PRÉVIA

# QUALITY ASSESSMENT OF PRIMARY HEALTH CARE OF CHILDREN AND TEENS WITH HIV / AIDS: FOREWORD

# EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON VIH / SIDA: PRÓLOGO

ROSA, Lisiane da1
PAULA, Cristiane Cardoso de2
KINALSKI, Daniela3

1Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva, Mestranda em Ciências da Saúde/UNOCHAPECÓ/SC, rosa.lisiane@gmail.com
2 Enfermeira, Dra em Enfermagem, professora adjunta do departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria.
3 Enfermeira, membro do grupo de pesquisa Cuidado as pessoas, famílias e sociedade/ PEFAS, Universidade Federal de Santa Maria.

**Introdução:** A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), doença causada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), configura-se como um grande problema de saúde pública no mundo. Isso pode estar relacionado ao grande número de casos notificados, do potencial epidêmico da AIDS e seu impacto na sociedade, devido a morbidade e mortalidade, e também aos custos do tratamento para a administração pública. Desde a sua descoberta, em 1980, o perfil epidemiológico da AIDS passou por diversas modificações, com destaque à juvenização da epidemia, de modo que essa seja consequência do aumento de casos entre crianças e adolescentes infectados por transmissão vertical e horizontal. No período de 1980-2011, ocorreram 10.857 casos entre menores de cinco anos de idade, 3.519 casos na faixa etária entre 5 a 12 anos e 12.891 casos na faixa etária entre 13 a 19 anos[1]. Nesse sentido, as crianças e adolescentes com HIV/AIDS vivenciam um processo de cronicidade da doença e estão inseridas em um contexto de desestrutura econômica e psicoemocional familiar, de modo que muitas vezes enfrentam a orfandade do(s) pai(s), dificuldades socioeconômicas e a incerteza de seu futuro[2]. Assim, as implicações para a atenção à saúde dessa população são pautadas na fragilidade clínica, na demanda de cuidados contínuos e na prevenção da transmissão e da reinfecção[3]. Diante disso, considera-se essencial a integração dos serviços de atenção primária a saúde (APS), aos serviços de referência como forma de mecanismos de assistência descentralizada,

visando à qualificação da assistência. A criança e o adolescente com HIV/AIDS precisam manter acompanhamento permanente em serviços de saúde, visando à prevenção do adoecimento somada a recuperação e/ou manutenção da saúde. No cotidiano da organização do serviço de saúde, destacam-se as questões de acesso, acolhimento, qualidade do atendimento, estabelecimento e manutenção do vínculo entre profissionais, criança e sua família. No entanto, os serviços de referência são, na maioria, hospitais universitários, nos quais o fluxo de estudantes e profissionais é intenso, o que resulta em fragilidade nos vínculos necessários para continuidade de um bom tratamento. A relação entre o profissional e a família aponta a necessidade de vínculos com o serviço de saúde, para haver segurança e compromisso no percurso clínico, social e existencial. A APS é definida como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade e integralidade da atenção e a coordenação da assistência dentro do próprio sistema de saúde, da atenção centrada na família, da orientação comunitária das ações e da competência cultural dos profissionais[4]. Sendo assim, sabe-se que algumas ações que são desenvolvidas no serviço de referência devido à demanda de atenção dos adolescentes com HIV/AIDS poderiam ser atendidos nos serviços de APS. Destaca-se que se fossem atendidos precocemente na APS poderia prevenir a gravidade que, por vezes, chegam ao serviço hospitalar (onde mantém acompanhamento permanente no serviço de infectologia no ambulatório de pediatria), decorrente da espera de atendimento por profissional especializado. Se esse viés de atendimento no sistema de saúde fosse corrigido, também teria resultados positivos para o acesso de outros adolescentes que necessitam dessa especialidade oferecida na atenção secundária e terciária. Neste sentido, a identificação empírica dos atributos da APS permite verificar a associação entre estes atributos e os resultados – a efetividade – da atenção sobre a saúde da população. Sendo que a avaliação minuciosa dessas iniciativas é essencial para a definição de políticas públicas e privadas relacionadas à prática de APS. Os atributos derivados que são as características que qualificam as ações da APS sendo que a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), a avaliação dos cuidados individuais para a atenção integral do usuário deve se considerar o contexto familiar, suas condições de cuidado ou de ameaça à saúde, com ferramentas de abordagem familiar. Orientação comunitária, é o reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades de saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, com planejamento e avaliação conjunta do serviço. Já a competência cultural é a adaptação da equipe dos profissionais de saúde às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma[5]. **Objetivos**: Avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural na qualidade da Atenção Primária a Saúde. **Metodologia:** O presente trabalho é uma nota prévia do projeto intitulado "A Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde de crianças e adolescentes com HIV/AIDS através dos atributos derivados". É um subprojeto do projeto matricial "Avaliação da atenção primária à saúde

das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS". Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada. Para elaboração do estudo foram percorridas as seguintes etapas: identificação do tema, seleção da questão de pesquisa e objetivos da revisão, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos a serem analisados, estabelecimento das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, avaliação das evidências e análise, discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado dos artigos. Estabeleceu-se para o estudo a seguinte questão de pesquisa: Como a atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural interferem na qualidade de atenção primária à saúde? A busca bibliográfica está sendo desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Utilizou-se os descritores "Saúde da Família" or " Serviços de Saúde Comunitária" or "Competência Cultural" and "Atenção Primária à Saúde". Os critérios de inclusão foram artigos de pesquisa na temática, disponíveis na íntegra *online* e gratuitamente, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Entraram no critério de exclusão artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. Está sendo preenchido um instrumento validado, com os seguintes itens: identificação do artigo, procedência do estudo, área do conhecimento, ano de publicação, objetivo e delineamento do estudo, nível de evidência e principais resultados. **Resultados esperados:** Identificar empiricamente os atributos da Atenção Primária a Saúde (APS), visando verificar a associação entre estes atributos e os resultados – a efetividade – da atenção sobre a saúde da população. Sendo que a avaliação minuciosa dessas iniciativas é essencial para a definição de políticas públicas e privadas relacionadas à prática de APS.

Á**rea temática:** Processos de cuidados

**Descritores:** Atenção primária a Saúde; crianças; adolescentes; HIV; Síndrome da imunodeficiência adquirida.

**REFERÊNCIAS**

1 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2012**.

2 SCHAURICH, D.; MEDEIROS, H.M.F.; MOTTA, M.G.C. Vulnerabilidades no viver de Crianças com AIDS. **R Enferm UERJ**. v.15, n.2, p.284-90, 2007.

3 PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M. **Cuidado de enfermagem à criança com HIV/AIDS**. Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF) Saúde da Criança e do Adolescente**.** v.7, n.2, 2012.

4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

5 STARFIELD, B. **Atención Primaria**: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia. Barcelona: Masson, 2001.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PERCEPÇÃO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA: REVISITANDO A LITERATURA

# NURSING CARE IN THE PERCEPTION OF WOMEN WITH BREAST CANCER: REVISITING THE LITERATURE

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PERCEPCIÓN DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA: FRENTE LA LITERATURA

PAIVA, Andyara do Carmo Pinto Coelho1
SALIMENA, Anna Maria de Oliveira2

1Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).
2Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Aplicada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da UFJF. Email: annasalimena@terra.com.br

**Introdução**: Descobrir-se com câncer de mama é um processo muito doloroso e por isso a forma como será informado o diagnóstico vai determinar como será enfrentado o processo da doença[1]. Vivenciar uma hospitalização intensifica ainda mais o temor pelo desconhecido e pela morte, processo que muitas vezes despersonaliza o indivíduo, extirpa sua autonomia e poder de decisão. Percebe-se que o maior desafio para os profissionais é aprender a contemplar a assistência não apenas como cuidados técnicos, mas acreditar que é possível gerar mudanças na qualidade de vida do paciente[2]. O emocional feminino às vezes é pouco visível diante aos aspectos físicos e biológicos, o que favorece sentimentos de insegurança, desolação, preocupação e tristeza. No entanto, a necessidade de proteção em determinadas situações é mais emergencial que qualquer procedimento, em que o enfermeiro pode saciá-la através da presença e da escuta ativa das ansiedades, temores e fantasias[3]. Ao valorizar o cuidado possibilita que o outro busque o sentido da vida, através da dor, do sofrimento e consiga vivenciar de forma mais tranquila o seu adoecimento. Assim, a equipe de enfermagem tem um papel fundamental nesse processo através do apoio, da humanidade, da segurança, atenção e estabelecimento do vínculo. O cuidado não se restringe apenas ao diagnóstico, mas permeia todo o processo de adoecimento, sendo fundamental que o ser-mulher se sinta valorizada através de uma assistência individualizada e segura[1]. Portanto, pensar apenas na tecnologia dura que traz inovações importantíssimas para ciência e auxilia no prolongamento da vida é muito deficiente, pois o ser-mulher necessita de algo que vai além da técnica e dos procedimentos, mas de um olhar, de apoio, atenção, zelo, carinho e que a perceba não como uma pessoa que têm câncer de mama, mas como um ser de possibilidades. **Objetivo**: Conhecer

a percepção da mulher com câncer de mama sobre os cuidados da equipe de enfermagem. **Metodologia**: Trata-se de um estudo de revisão da literatura, que teve como questão norteadora: qual a percepção da mulher com câncer de mama sobre os cuidados de enfermagem? Efetuou-se uma busca no banco de dados da CAPES no período de agosto a dezembro de 2012. Utilizou-se os termos "cuidados de enfermagem", "neoplasias", "neoplasias da mama", "percepção", "enfermagem oncológica", mediados pelo indicador booleano "and" e "or". Para o refinamento do material foram adotados os critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra online; nos idiomas português, inglês ou espanhol; com recorte temporal entre 2002 e 2012. E como critérios de exclusão: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. Ao final, foram agrupados 15 artigos na íntegra. **Resultados**: Pesquisas demonstram a satisfação da paciente oncológica com os serviços de enfermagem oferecidos. As mulheres mastectomizadas afirmaram que as enfermeiras esclareceram suas dúvidas, foram atuantes no pós-operatório, realizaram procedimentos técnicos e ofereceram apoio emocional, consideram essencial que o profissional tenha como atributos competência técnica e compreensão do momento vivenciado, além de ser carinhoso e ter uma visão ampla para fazer os encaminhamentos. Ressaltaram que a função da enfermeira estava mais clara e definida quando era proveniente de uma instituição especializada e em contrapartida nas instituições generalistas estava mais velada, sendo que as orientações quanto à cirurgia e os cuidados não eram realizados pela enfermeira, mas pelo médico, pois estava mais preocupada com as técnicas e com os horários do que em dar uma atenção individualizada e perscrutar a real necessidade da paciente. Todas demonstraram satisfação quanto o atendimento, porém as mulheres que foram operadas em hospitais especializados tiveram mais orientações sobre o câncer de mama, o seu tratamento e inclusive sobre o pré, trans e pós- operatório[4]. De maneira similar, outros pesquisadores apontam que as mulheres percebem o cuidado de enfermagem como humanizado, acolhedor e proporcionam um apoio psicológico de maneira que o enfrentamento é menos doloroso e chocante. Definem o cuidado humanizado como a técnica correta ao realizar os procedimentos associado ao apoio espiritual, psicológico, pessoal e material. Entretanto, não sabem diferenciar o enfermeiro da equipe de enfermagem, porque a expressão pluralizada induz pensar que se remete a estes, que estão na assistência direta com a administração de medicamentos, uma vez que o enfermeiro se ocupa mais com as tarefas de gerência. Outro aspecto importante é o relacionamento entre enfermeiro/cliente, em que a construção da confiança e a interação estabelecida permitiram que fosse visualizada muito mais do que amigável ou fraternal, mas necessário para a continuidade do tratamento. Uma relação permeada pelo dialogo e a cumplicidade projetou-se como uma ancora de apoio e encorajamento contínuo, por isso muitas vezes a mulher percebia no profissional alguém com condições similares à seus familiares para dispensar o suporte emocional pretendido em diversos momentos[5]. Pesquisa feita por Salimena3 confirma a importância dessa relação ao identificar que o cuidador ao estabelecer uma relação de sensibilidade e ajuda alicerçada nos princípios éticos facilita e auxilia o enfrentamento da doença, contribuindo para que os procedimentos sejam menos dolorosos e a mulher sinta-se amparada. Quando os sentimentos e as emoções dos pacientes e familiares são respeitados e valorizados através do diálogo, abre-se a possibilidade para que o processo do tratamento cause menos medo e ansiedade. Perscrutadas

sobre a maneira como gostariam de ser atendidas pela equipe de enfermagem sobressaíram princípios como carinho, amor, dedicação, atenção e paciência, fato que revela a fragilidade do ser humano frente à desorganização do seu cotidiano, marcado por uma doença causadora de tantas modificações físicas e psicológicas como é o câncer de mama. As ações técnico-científicas são valorizadas quando é associada ao atendimento de aspectos interpessoais, que ultrapassam os limites biológicos e consideram o ser em sua dimensão existencial. Durante a permanência no hospital para tratamento quimioterápico, as mulheres percebem o cuidado da equipe como dissipador de dúvidas, afetuoso, boa escuta e prestação de informações corretas. Afirmam que a relação estabelecida entre paciente/equipe de enfermagem passam a integrar o cotidiano de suas vidas, de tal maneira que percebem como está o humor dos membros da equipe a cada momento de encontro, até mesmo pelo tempo que os profissionais de enfermagem estão em convívio com os pacientes, fato comentado e valorizado[3]. **Conclusões**: Estudos evidenciam o reconhecimento e a valorização dos cuidados de enfermagem pelo ser mulher, em que manifesta a importância de um cuidado humanizado e acolhedor ao vivenciar o câncer de mama. Portanto, se faz necessário compreender que a vivência do tratamento é singular e que cada mulher precisa de seu tempo. Recomenda-se que seja realizado um encontro empático com essa em um acompanhamento individualizado, para assegurar uma assistência de enfermagem diferenciada e humanizada.

**Descritores:** Neoplasias da mama; Enfermagem oncológica; Cuidados de enfermagem; Percepção.

**Área temática:** Processos de cuidado.

**Referências**

1 Rodrigues MVC. Desvelando o sentido do cuidado de enfermagem: vivências do ser com o câncer.[dissertação]. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2010.

2 Carvalho MVB, Merighi MAB. O significado do cuidar no processo de morrer na voz das mulheres. Revista Bioética. 2008; 16(2): 259 –72.

3 Salimena AMO, Martins BR, Melo MCSC, Bara VMF. Como mulheres submetidas à quimioterapia antineoplásica percebem a assistência de enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia. 2010; 56(3): 331-40.

4 Mendes ABP, Lindolpho MC, Leite AP. La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas. Enfermería Global. 2012; 11(2): 427-37.

5 Costa WB, Vieira MRM, Nascimento WDM, Pereira LB, Leite MTS. Mulheres com câncer de mama: interações e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. Rev. Min. Enferm. 2012; 16(1): 31-7.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# DA MODERNIDADE À PÓS-MODERNIDADE: REFLEXOS NO PENSAR ENFERMAGEM

# OF MODERNITY POST- MODERNITY: REFLECTIONS ON THINKING NURSING

# DE LA MODERNIDAD LA PÓS-MODERNIDAD: REFLEXIONES SOBRE PENSAMIENTO DE ENFERMERÍA

PAIVA, Andyara do Carmo Pinto Coelho1
SALIMENA, Anna Maria de Oliveira2

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Aplicada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da UFJF. Email: annasalimena@terra.com.br

**Introdução**: A era moderna a partir do século XVIII foi fundamentada no pensamento iluminista, que de maneira integrada à Revolução Francesa e Revolução Industrial foram decisivas para incorporar o pensamento moderno em uma realidade marcada pelo autoritarismo e a centralidade do poder nas mãos da monarquia. A palavra de ordem para a tecnologia moderna era a máquina, enquanto isso os trabalhadores vivenciavam regimes de trabalho disciplinados, divisão extrema do trabalho e as tarefas transformadas em funções e integradas. Preocupava-se com o progresso científico e humano como válvula propulsora para o crescimento e fortalecimento da burguesia. Além disso, apesar da lógica dos direitos e deveres dos indivíduos terem avançado, os espaços de liberdade eram limitados pelos imperativos da universalidade homogeneizadora[1]. As profundas transformações sociais que ocorreram no final do século XX desencadearam à ruptura da organização do Estado como o centro do poder ao fragilizar o arcabouço institucional, posicionar o mercado como regulador das decisões mundiais e desestruturar o modelo de sociedade[2]. As visões filosóficas, políticas e religiosas da era moderna que inspiravam os indivíduos com promessas de salvação eterna e emancipação de alcance universal decaíram frente a acontecimentos históricos de pauperização, totalitarismo, dizimação de populações e coletivizações agressivas[3]. Uma série de mudanças desencadearam um movimento intelectual que intencionava abranger uma diversidade de estruturas, sendo elas intelectuais, estéticos, políticos e epistemológicos, no que foi denominado de Pós-Modernismo[3], definido também “como um conceito, uma noção ampliada, apropriada para dar conta das

diversificadas e às vezes das inusitadas sociabilidades que estão estabelecendo-se no tecido social"4:1034. Percebe-se que a pós-modernidade pode ser entendida como uma crise que está em busca de mudanças de paradigmas em todos os níveis que compreende o ser humano, em que o homem deixa de ser visualizado como uma máquina e começa a questionar à partir de novas descobertas da ciência. Reconhecer a individualidade do outro, suas limitações e possibilidades de tornar-se algo é fundamental para entender o homem no mundo contemporâneo que está imerso em crises e incertezas, o que reflete diretamente no processo de cuidar, de modo que se torna necessário a incorporação de novos conceitos na prática diária dos profissionais de enfermagem. **Objetivo**: Discutir os reflexos da modernidade e pós-modernidade no pensar em enfermagem. **Metodologia**: Trata-se de um estudo reflexivo realizado à partir das discussões oriundas na Disciplina de Bases Filosóficas do Curso de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, com busca em livros e no banco de dados da CAPES em fevereiro de 2013, utilizando os descritores "história da enfermagem", "sociedades", "enfermagem", "história moderna", mediados pelo indicador booleano "and". Para o refinamento do material científico encontrado, foram adotados os critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra online; nos idiomas português, inglês ou espanhol; com recorte temporal entre 2002 e 2012. E como critérios de exclusão: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. Ao final foram agrupados 27 artigos na íntegra, que versavam sobre o momento histórico da modernidade e pós-modernidade e as influências na Enfermagem. **Resultados**: Acredita-se que para consolidar a Enfermagem como ciência é preciso refletir sobre as mudanças que essa profissão vem alcançando ao longo do tempo e as influências sofridas em cada momento histórico, para que assim possa construir sua identidade e corpo de conhecimento próprio. Inicialmente, após Cristo, o cuidado de enfermagem caracterizou-se por prestar ajuda aos necessitados, caridade e apoio espiritual. Os males do corpo não eram alvo de muitas preocupações. Já nos séculos XII e XIII ressurgiu o interesse material e o cuidado foi direcionado para o alívio das dores ocasionados pelas doenças. Na era moderna, com o advento do capitalismo, o corpo passou a ser fonte de lucro, tanto por parte de quem cuidava como de quem era cuidado, já que o ser humano era percebido como importante força de trabalho para as indústrias. Nesse momento, o cuidado passa a ser desvalorizado e a cura passa a ser o primordial, as ações curativas utilizando tecnologias cada vez mais avançadas prevalecem frente a outras atividades. Os cuidados de enfermagem eram ensinados e desenvolvidos em campo prático com ênfase na técnica, sempre dependente de uma prescrição médica, cujo objetivo era o tratamento das enfermidades. Em meados do século XX ainda prevalecia à ênfase nos aspectos biológicos nas ações da enfermagem, embora se começa perceber uma preocupação em incluir alguns aspectos psicossociais. A introdução da alta tecnologia, com o surgimento de tratamentos sofisticados e novos medicamentos tornaram as ações de enfermagem mais complexas, permitindo que essa profissão ganhasse certo prestígio. Na década de 60 e 70 surge às Teorias de Enfermagem com o propósito de humanizar o cuidado e buscar um status de ciência, momento marcado

pelo movimento do Pós-modernismo. Percebe-se que atualmente os profissionais buscam oferecer um cuidado humanizado, priorizando a pessoa e não apenas os procedimentos e a patologia[5]. Considerando a influência que a modernidade e a pós- modernidade exerceu sobre a prática e os princípios norteadores da profissão, desde Florence Nigthingale até teoristas como Paterson, Zderad e Artinian, permite-nos refletir a caracterização da Enfermagem como uma profissão arquetipicamente feminina em uma sociedade dominada pelo arquétipo masculino, fato que contribui para a baixa remuneração, falta de autonomia e força política na Enfermagem. O enfermeiro é responsável por elevar sua profissão através de um conhecimento fundamentado e libertador para aqueles que buscam nele uma atitude de preocupação e envolvimento, de maneira que possibilitará a Enfermagem ser valorizada e reconhecida à partir do que ela demonstra ser em sua prática laboral. Assim, o profissional precisa permear o seu cuidado engajado nas transformações sócio-histórico-politico-cultural e adaptá-lo a novas condições com a perspectiva de uma assistência qualificada. Ainda hoje há influências de um modelo que subjuga o enfermeiro às ordens médicas reforçando o cuidar como caridade, onde as ações são precedidas pela compaixão, servidão e misericórdia para aqueles que necessitam. Figura esta que não restringe apenas em relação às outras categorias profissionais, mas a própria sociedade que vislumbra o profissional como subordinado e compassivo. **Conclusões**: Percebe-se que a transição da Modernidade para a Pós-Modernidade retrata um acontecimento histórico recente, por isso muitos paradigmas ainda estão enraizados na sociedade. Na saúde, o paradigma positivista ainda precede as ações dos profissionais de enfermagem que se preocupam excessivamente com as técnicas e procedimentos em detrimento do cuidado integral ao indivíduo. Entretanto, como é um processo de transformação não é possível que aconteça de imediato, mas seja incorporado paulatinamente no processo de trabalho. O processo de cuidar em uma relação de ajuda autêntica poderá levar a novas formas de pensar e fazer o cuidado.

**Descritores:** História da enfermagem; Enfermagem; Cuidados de enfermagem; História moderna.

**Área temática:** Processos de cuidado.

**Referências**

1 Shinn T. Desencantamento da modernidade e da pós-modernidade: diferenciação, fragmentação e matriz de entrelaçamento. Scientiae zudia. 2008; 6(1): 43-81.

2 Roratto JM. Modernidade, pós-modernidade e os reflexos na educação. Educação UFSM. 2010; 35(3): 519-32.

3 Vargas MAO, Carraro TE, Souza FRS, Pires DP. Das experiências do regime contemporâneo do eu sob a perspectiva da antropologia pós- moderna. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(1): 149-56.

4 Machado AL, Colvero LA, Rolim MA, Helene LMF. Subjetividade e pós-modernidade na enfermagem. Rev Eletrônica Enferm. 2009; 11(4): 1031-36. p.1034

5 Waldow VR. Cuidado Humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O DESAFIO DA COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA DO PACIENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

# THE COMMUNICATION BETWEEN STAFF OF NURSING PATIENT AND FAMILY: EXPERIENCE REPORT

# LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA FAMILIA DEL PACIENTE: RELATO DE EXPERIENCIA

KARKOW, Michele Carvalho1
ROSA, Natanna da2
MISTURA, Claudelí3
STAMM, Bruna3
GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira4

1 Relatora. Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista de projeto PROIC/HUSM/UFSM. E-mail: michelekarkow@msn.com
2 Acadêmica de enfermagem da UFSM. Bolsista de projeto FIPE-Junior/UFSM.
3 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM.
4 Orientadora. Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf da UFSM.

**Introdução:** A comunicação é uma das formas que o indivíduo tem para se relacionar com o outro, sendo utilizada para obter e transmitir informações, expressar ideias e sentimentos. Pode-se dizer que a comunicação é a base do relacionamento humano, capaz de influenciar e afetar o comportamento das pessoas. Torna-se efetiva se a mensagem recebida tem o mesmo significado da mensagem emitida e uma compreensão mútua entre emissor e receptor para que a transmissão das ideias e as informações sejam bem sucedidas[1]. Nesse sentido, para que ocorra um bom diálogo, é preciso buscar as palavras apropriadas, utilizando uma linguagem que tenha significado para ambos os envolvidos, pois as palavras podem ter ou não a capacidade de alcançar o outro. Na área da enfermagem, a comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado, pois possibilita uma melhor assistência ao paciente e a família, principalmente para aqueles que estão vivenciando o processo da internação hospitalar[1]. Esse processo pode ser, muitas vezes, uma experiência dolorosa, tanto ao paciente quanto a família. Estes sentimentos podem ser amenizados no momento em que a família tem acesso às informações que necessita e ao estado de saúde do seu membro. A inclusão da família na assistência de enfermagem favorece laços afetivos e de cooperação, que colaboram para que o impacto da hospitalização e a ansiedade causados

pelo adoecimento e tratamento da doença se torne menos desgastante, sendo fundamental para o processo de cuidado e cura do paciente[2-3]. A equipe de enfermagem deve considerar as dúvidas, angústias e expectativas da família, a fim de desenvolver um cuidado holístico e com qualidade[3]. No entanto, o enfermeiro precisa aprimorar, durante a prática assistencial, a sensibilidade de compreender que a família não espera somente receber informações sobre o estado de saúde e o tratamento ao qual o paciente é submetido, mas também possui a necessidade física e emocional, de ser acolhida e não vista como um auxílio para o trabalho da enfermagem[4]. Embora, atualmente, muitos enfermeiros incluam a família como foco de cuidado, observa-se a necessidade de ampliar e consolidar essa perspectiva que inclui a preocupação com o cuidado dos familiares e o bem-estar dos mesmos, reconhecendo-os como contexto central da prática profissional. Entendendo a importância da inserção da família no cuidado do paciente hospitalizado e que ela também necessita de cuidados da equipe de enfermagem, principalmente no que diz respeito a uma comunicação adequada entre profissional-família. Assim, considera-se relevante refletir sobre este instrumento de cuidado a partir de um relato de experiência. **Objetivo:** Relatar a relação de comunicação entre equipe de enfermagem e familiares de pacientes hospitalizados, na experiência de uma estudante de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência de uma acadêmica do sexto semestre de enfermagem em uma unidade de clínica médica de um hospital do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. As atividades foram desenvolvidas por intermédio do Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN). O PROFCEN é um projeto de extensão universitário idealizado e promovido pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A realização das atividades práticas ocorreu do período de fevereiro a março de 2013, com duração de 20 dias, perfazendo um total de 120 horas. **Resultados:** Estudo evidenciou que os familiares consideram que a comunicação adequada é aquela em que as informações sobre o estado do paciente acontecem nos horários de visita e são transmitidas de uma maneira simples, clara e objetiva, sem o uso de termos difíceis, para a compreensão das pessoas com menor escolaridade[2-5]. As principais necessidades dos familiares são informações, orientação, segurança, honestidade e carinho e o enfermeiro tem um papel fundamental nesse processo comunicacional, respondendo suas dúvidas honestamente, diminuindo a angústia e minimizando assim os transtornos decorrentes da hospitalização. Porém, nota-se certa insatisfação por parte dos familiares ao receberem informações da equipe de enfermagem, que não satisfaz às informações esperadas e há pouca efetividade de respostas às suas dúvidas[2]. Durante o período de vivência na unidade de clínica médica, observou-se que a equipe de enfermagem não valoriza, muitas vezes, os familiares do paciente como colaboradores no processo de cuidar, mas sim como fiscais de suas atividades, que por estarem preocupados com o seu ente querido, são vistos como questionadores das atividades. É fundamental para o cuidado adequado da família que se estabeleça uma comunicação clara, com calma, mas de maneira segura e que responda honestamente qualquer questionamento realizado pelos familiares[2].

Observa-se que a equipe de enfermagem deveria explicar melhor o que está acontecendo, as informações do dia, a evolução do paciente e o significado de termos técnicos[3-5]. Quando os familiares carecem de informações, sentem-se perdidos e sem saber para quem perguntar e o que fazer[2-5]. Pode-se notar que a comunicação influenciou a relação entre a equipe de enfermagem e os familiares dos pacientes hospitalizados na unidade, pois a maneira que a comunicação é direcionada e abordada pela equipe facilitou como também, dificultou a interação enfermagem-família-paciente e a qualidade do cuidado a este último. A falta de conhecimento sobre a evolução do paciente pode ser resolvida se o enfermeiro passar as informações corretas e claras, atentando para a importância do conhecimento por parte do familiar de como funciona a unidade e de como o paciente está sendo cuidado, humanizando assim a assistência[2]. Além do mais, pode-se perceber que os familiares possuem dificuldades em ter acesso a quem detém as informações e que o ideal seria ter uma central de informações, uma pessoa que saiba de cada caso para poder informar os familiares[5]. Salienta-se que seria muito importante se que a equipe de enfermagem estivesse presente durante a visita dos familiares, explicando os cuidados do dia e esclarecendo dúvidas[2-5]. Assim sendo, considera-se essencial conversar e orientar os familiares, esclarecer sobre as rotinas, a impossibilidade de uma acomodação adequada para o acompanhante, atender suas necessidades e expectativas, orientar sobre como o familiar poderia ajudar e a quem recorrer em caso de dúvida[5]. A comunicação com a equipe de enfermagem é apreendida como algo imprescindível para a família e considerada como uma ligação com o saber sobre o estado de saúde do paciente[5]. Percebe-se que os familiares vivenciam, com a equipe de enfermagem, um relacionamento seco e técnico, necessitando que a sem humanização esteja mais presente no cuidado. Além disso, pode-se notar que os familiares tem pouco contato com o enfermeiro, recebendo informações diárias de outros profissionais de saúde[2]. Entende-se que a dificuldade de comunicação entre enfermeiro e familiar pode estar relacionada com a diferença de concepção, cultura e pouco tempo de contato entre os indivíduos. Ainda, a falta de tempo dos profissionais de enfermagem para assistir à família aponta o ritmo intenso de trabalho da equipe de enfermagem. Constata-se que os profissionais de enfermagem possuem dificuldades para prestar um atendimento integral, tendo em vista o elevado número de pacientes[2]. Pode-se observar na unidade que o elevado número de pacientes internados, a quantidade de procedimentos técnicos e a necessidade em agilizar a realização desses, interferiu na qualidade da assistência de enfermagem e no relacionamento profissional-familiar, contribuindo para uma impessoalidade na relação enfermagem-família. Ainda, foi possível notar que o relacionamento com a equipe de enfermagem é frequentemente formal e o diálogo com a família é de certa forma, superficial. Os familiares entendem que a comunicação com o enfermeiro e a sua presença é tão importante quanto a realização de procedimentos técnicos, pois um diálogo franco ajudaria amenizar a vivência de tensão e medo que sentem[2-3-5]. **Conclusões:** Essa temática possibilitou a reflexão sobre as necessidades dos familiares de pacientes hospitalizados em relação à comunicação com a equipe de

enfermagem. Percebeu-se a relevância da equipe de enfermagem fornecer informações de forma clara e precisa, com uma linguagem acessível e a disponibilidade de escuta e atenção, ou seja, mostrar-se receptiva para esclarecer dúvidas e minimizar a ansiedade das famílias. Nessa perspectiva, compreendeu-se que a comunicação dos profissionais de enfermagem com a família ainda encontram-se fortemente ligada ao paradigma biomédico e tecnicista, em vez de um cuidado integral e humanizado centrado no paciente e família. Vale ressaltar a importância dos profissionais de enfermagem reverem seus conceitos, valores e práticas, no que se refere ao cuidado prestado ao paciente e sua família, a fim de diminuir a incidência de respostas ineficientes. O cuidado deve ir além das questões tecnicistas e curativistas e para tanto, considerar a multidimensionalidade do ser humano e o meio no qual está inserido.

Á**rea temática:** Processos de cuidado

**Descritores:** Relações profissional-família; Comunicação; Enfermagem.

**REFERÊNCIAS**

1 Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JF. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. Rev eletrônica enferm. 2004; 6(2):292-7.

2 Oliveira LJV, Casaril S. Humanização: comunicação entre enfermeiros e familiares de pacientes internados na UTI. [Monografia]. Cascavel: Graduação em Enfermagem, Faculdade Assis Gurgacz; 2008.

3 Ruedell LM, Beck CLC, Silva RM, Lisboa RL, Prochnow A, Prestes FC. Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares em unidade de tratamento intensivo: estudo bibliográfico. Cogitare enferm. 2010; 15(1):147-52.

4 Urizzi F, Corrêa AK. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. Rev latinoam enferm. 2007 jul/ago; 15(4):85-91.

5 Inaba LC, Silva MJP, Telles SCR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005 dez; 39(4):423-9.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ITINERÁRIO CLÍNICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

# ITINERARIO DE PACIENTES CLÍNICOS CON CABEZA Y CUELLO CANCER TRATAR EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

# ITINERARY OF CLINICAL PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER TREATED IN A UNIVERSITY HOSPITAL

ROSA, Natanna da1
KARKOW, Michele 2
ROSA, Bruna Vanessa Costa da3
MISTURA, Claudelí3
GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira4
DORNELES, Vera Cristina Santos5

1 Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrantes do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Bolsistas de Iniciação Científica FIPE/UFSM. E-mail: natanna-enf@hotmail.com
2 Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrantes do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Bolsistas de Iniciação Científica PROIC/HUSM/UFSM
3 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
5 Enfermeira do setor da Radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria.

**INTRODUÇÃO:** A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, definida pelo Ministério da Saúde, buscando por em evidencia os estudos e pesquisas que mostrem as necessidades nacional e regionais no que se refere à saúde da população, preocupando-se assim em aumentar a produção de conhecimentos em áreas que promovam o desenvolvimento das políticas sociais, definiu como subagenda diversos temas prioritários de pesquisa. Dentre estes se destaca as doenças não transmissíveis e, em meio a essas as neoplasias. Isso se justifica, pois nas últimas décadas, o câncer alcançou uma proporção maior, tornando-se um problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer.[1] Os cânceres de cabeça e pescoço representam um dos seis tumores malignos mais prevalentes em todo o mundo, com um número estimado de 900.000 novos casos

diagnosticados anualmente em escala mundial. No Brasil, representam em média 5% de todos os tipos de câncer.[1] Segundo as estimativas do INCA (2011), os principais fatores de risco são: o tabagismo, o etilismo, histórico familiar, situação socioeconômica desfavorável, infecções pelo HPV, exposição a produtos químicos. A interação entre os hábitos de fumar e beber aumenta 30 vezes o risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer.[1] Assim, para reduzir o impacto do câncer dessa natureza, é necessário que se reduza a prevalência dos fatores comportamentais e ambientais que aumentam a sua vulnerabilidade e o seu risco. Também se deve assegurar que programas de rastreamento e protocolos de tratamento estejam acessíveis, particularmente nas populações menos assistidas pelos serviços de saúde.[1] Diante disso isso se evidencia a necessidade de conhecer o itinerário de pacientes em busca de atenção à saúde, a fim de compreender suas ações em relação ao cuidado e a utilização de serviços de saúde. Desse modo, da constatação da doença até o início do tratamento do câncer os pacientes acometidos pela neoplasia maligna de cabeça e pescoço percorrem um caminho terapêutico em busca de assistência. O itinerário terapêutico adquire sentido a medida que diferentes trajetórias individuais vão se construído. A escolha ou a busca dessas pessoas pelos cuidados é influenciado por seus costumes, crenças e valores, ou seja, pela sua cultura. Nesse sentido os profissionais de saúde devem refletir na sua pratica como a experiência da doença é construída pela pessoa.[2] Objetivando compreender como as pessoas se organizam e realizam o cuidado é imprescindível para uma assistência visualizar o seu contexto de vida do pacientes. Esse trabalho utilizará o sistema de cuidado à saúde proposto por Kleinmam (1980), um modelo que esclarece os comportamentos de procura de cuidados e dos itinerários percorrido pelas pessoas. O autor divide a realização do cuidado em setor popular (familiares, rede social), o setor folk (tradicional, compreendendo curandeiros, benzedeiros e outros) e o setor profissional (profissionais de saúde).[2] As práticas adotadas pelas pessoas no cuidado, em geral, transitam nesses três setores de forma simultânea, porém desprogramada, sendo o itinerário construído de acordo com a identidade de quem o faz. Estudos sobre itinerários terapêuticos podem ser úteis para identificar os recursos acessados e as principais barreiras e dificuldades encontradas pelos usuários na procura por atendimento de saúde, permitindo, portanto, conhecer o fluxo do sistema de saúde através daqueles que necessitam utilizar esses serviços.[2] Com ênfase na Enfermagem, destacamos a contribuição desse estudo baseado em uma assistência que prioriza os aspectos individuais ligados às experiências das pessoas que vivem a doença. Além disso, estudos dessa natureza podem representar um modo de valorização, por parte dos profissionais, para com a história de cada paciente, o que pode contribuir para uma assistência humanizada e qualificada. **OBJETIVO:** Conhecer o itinerário clínico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratados no serviço de radioterapia do HUSM. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo, realizada junto ao setor de radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Este hospital está localizado na cidade de santa Maria-RS e vinculado a Universidade Federal de Santa Maria.

Constitui-se em centro de referência para tratamento oncológico a pacientes oriundos dos municípios da 4a coordenadoria regional de saúde, além de atender demandas de outros municípios do estado. A população do estudo foi constituída de nove pacientes com câncer de cabeça e pescoço que estão em tratamento no serviço de Radioterapia do hospital mencionado anteriormente. Ressalta-se que este estudo foi elaborado a partir de um banco de dados de uma pesquisa que buscou conhecer o perfil dos usuários do serviço de radioterapia do HUSM atendidos no ano de 2011. Destaca-se que do total de atendimentos obtiveram-se dados de 96% dos pacientes, e que 14,4% referem-se a pacientes com neoplasia maligna de cabeça e pescoço. Como instrumento para a coleta de dados utilizou-se entrevista aberta. Após a coleta de dados, as entrevistas gravadas foram, em seguida, transcritas na íntegra para análise de dados. A análise do conteúdo é composta por três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Por fim, ressalta-se que os dados aqui apresentados integram os resultados do subprojeto que faz parte do projeto intitulado "Conhecendo o perfil dos usuários do serviço de radioterapia do HUSM", o qual foi aprovado em novembro de 2012 pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM) com (CAAE 0379.0.243.000- 11). **RESULTADOS:** A caracterização do caminho percorrido pelos pacientes com neoplasia maligna de cabeça e pescoço até o tratamento no setor de radioterapia do HUSM tem como ponto de partida as unidades básicas de saúde (22,2%), consultórios médicos particulares (44,4%), pronto socorro do HUSM (11,1%), médico do trabalho (11,1%) e ambulatório da cardiologia do HUSM (11,1%). Os dados revelam que, geralmente, na maioria dos casos, a busca por assistência inicia no setor público, seja na atenção de baixa, média ou alta complexidade. Em estudo realizado no Distrito Federal com mulheres com câncer de colo de útero mostrou que uma das formas mais utilizadas para ingresso no sistema de saúde também foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS).[3] Após essa primeira consulta, o encaminhamento seguinte, para a investigação e confirmação de diagnóstico, ocorre em dois contextos, o sistema privado especializado (77,8%) e o sistema público, principalmente o hospitalar (HUSM) (22,2%). De acordo com o manifestado nas entrevistas, a procura pelo sistema privado de saúde se dá com o intuito de acelerar o processo de diagnóstico da doença e, assim, possibilitar o início do tratamento com maior brevidade. Esses pacientes transitam entre os setores público e privado buscando uma melhor qualidade na assistência à saúde. Em estudos semelhantes observa-se a existência dessa relação entre o sistema público e o sistema privado na procura por diagnóstico e tratamento.[4] Identifica-se que 55,6% dos pacientes submeteram-se a biópsia e cirurgia em hospitais particulares, sendo posteriormente encaminhados para a realização de quimioterapia e/ou radioterapia no HUSM. A procura pela rede privada para a realização de exames e/ou consulta especializada, bem como a entrada pela emergência hospitalar, encurta o percurso assistencial até o ponto de atenção de alta complexidade para tratamento.[9] Um estudo realizado em Pelotas-RS evidenciou que a fila para realização de exames pré-diagnósticos, a demora para a liberação dos resultados, principalmente a

biópsia, são problemas predominantes que dificultam o acesso à assistência a saúde completa pelo sistema público.[5] **CONCLUSÃO:** Constatou-se que o itinerário terapêutico da população estudada está concentrado no setor profissional o que remete a uma trajetória voltada ao aspecto clínico, ou seja, com enfoque na doença/patologia. O ponto de partida ocorre, principalmente, setor privado, tanto para as consultas iniciais quanto para a realização de exames, biópsias e cirurgias, que acontecem, muitas vezes, em hospitais particulares. Conhecer os caminhos percorridos pelos usuários do serviço de radioterapia, o enfermeiro pode planejar estratégias de atendimento, com orientações de acordo com as experiências do paciente, e assim realizar um cuidado individualizado e uma assistência adequada.

**Descritores:** Câncer; Radioterapia; Enfermagem.

**Descriptors:** Cancer; Radiotherapy; Nursing.

**Descriptores:** Cáncer; Radioterapia; Enfermería.

Á**rea temática:** Processos de cuidado

**REFERÊNCIAS**

1 Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2012.

2 Kleinmam A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University califormm press;1980.

3 Gottems LBD et al. Análise da rede de atenção ao câncer de colo uterino a partir da trajetória de usuárias no Distrito Federal-BR. Revista Eletrônica Gestão & Saúde [internet]. 2012 [acesso em 15 jul 2013]; 3(2):630-46. Disponível em: http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/119/pdf_1

4 Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira MC, Boing AF, Fertonani HP. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. Ciênc saúde coletiva. 2008; 13(5):1501-10.

5 Oliveira MM. A prevenção do câncer de colo de útero no contexto da Estratégia Saúde da Família, da área básica da distrital oeste/Sumarezinho, no município de Ribeirão Preto.

[Dissertação de Mestrado]. 2003. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O PAPEL DO PAI NO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO: O QUE PENSAM CASAIS JOVENS

# THE ROLE OF THE FATHER IN THE PROCESS OF BREASTFEEDING: WHAT THINK YOUNG COUPLES

# EL PAPEL DEL PADRE EN EL PROCESO DE LA LACTANCIA MATERNA: ¿QUÉ PIENSAN LAS PAREJAS JÓVENES

LUNARDI, Vanessa1
LINCK, Caroline de Leon2

1Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, autora/relatora do trabalho nessalunardi@hotmail.com.
2 Mestre em enfermagem. Professora Assistente II do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões orientadora do trabalhocarollinck15@gmail.com

**Introdução:** O ato de amamentar, além de ser considerado uma estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, é uma forma de redução da morbimortalidade infantil. Oportuniza a promoção da saúde integral da mãe e do bebê. O MS e a OMS recomendam que o aleitamento materno seja exclusivo até os seis meses de vida e, após até os dois, pode ser complementado com alimentos saudáveis. Ressaltam, ainda, que, se houver complementos antes dos seis meses, podem acontecer prejuízos como: aumento dos episódios de diarreia e internações hospitalares, risco de desnutrição, pouca absorção de nutrientes importantes entrados no leite materno (ferro e zinco), a eficácia da lactação como método anticoncepcional pode estar comprometida, além, de diminuição da duração da amamentação[1]. O papel do pai no processo de amamentação, na ótica de casais jovens, é o tema deste projeto de pesquisa. Entende-se por casal jovem a dupla que compartilha uma vida em comum, independente do estado civil, que tem entre 15 e 24 anos[2]. Cabe salientar que nessa faixa etária encontram-se, também, adolescentes que, segundo a legislação brasileira, são aqueles entre 12 a 18 anos. Inicia-se este trabalho ressaltando a importância do processo de amamentação tanto para a lactante como para o bebê, pois além de ser uma estratégia natural de nutrição, proteção, afeto e vínculo entre ambos, é uma forma econômica e eficaz para diminuir os índices de morbimortalidade infantil. É um processo que vai além de nutrir, envolve interação profunda entre mãe e filho que repercutem não apenas no estado nutricional da criança, pode prevenir algumas doenças, influencia no desenvolvimento cognitivo e emocional e tem implicações na saúde física e psíquica da mãe[1]. Percebe-se que todo o processo transicional, que é a gestação,

assim como a ato de amamentar, precisa ser visto como um período que não é exclusivo da mulher e, sim, como um processo natural e sociocultural que envolve o trinômio mãe-filho-pai, em que o homem, além de ser incluído, tem a possibilidade de compartilhar as responsabilidades relativas ao cuidado do bebê e de apoiar a mulher, que em decorrência a mudanças hormonais da gravidez e do puerpério, pode estar mais vulnerável. Essa possibilidade para o mundo masculino expande as questões inerentes à paternidade. O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial da saúde (OMS) recomendam a amamentação exclusiva até os seis meses de vida, podendo após receber outros alimentos saudáveis simultaneamente com o leite materno até os dois anos de idade[3]. Entretanto, o processo de amamentação, mesmo tendo sua inquestionável relevância, pode ser considerado uma tarefa difícil para algumas mulheres, pois demanda tempo, conhecimento e comprometimento, o que, muitas vezes, pode gerar insegurança e dúvidas. A nossa sociedade, as famílias, os profissionais da saúde e, até mesmo, as próprias mulheres cobram atitudes responsáveis diante dos aspectos relacionados à amamentação, considerando um direito da criança e um dever da mãe/mulher[4]. Destaca-se, portanto, que a paternidade vem sendo questionada em diversos trabalhos, alguns veiculados em site especializado em amamentação (www.aleitamentomaterno.com.br), que ressaltam a importância da participação do homem/pai na amamentação, evidenciando que a mulher vê nele seu principal suporte e que ele influencia de forma significativa na decisão de aleitar seu filho. Assim, a atitude do pai interfere no sucesso da amamentação, em que a participação de um pai atuante aumenta as taxas de aleitamento materno[5]. A escolha do tema se deu porque na graduação, principalmente na disciplina de Enfermagem no Cuidado à Mulher, ao Adolescente e à Criança, teve-se a oportunidade de frequentar Estratégias de Saúde da Família (ESF), maternidade e pediatria. Nesses cenários o que mais me chamou a atenção foi a grande demanda de gestantes e puérperas jovens, algumas vezes acompanhadas de seus companheiros ou cônjuges, também jovens. **Objetivos**: compreender, sob a ótica do casal jovem, o papel do pai no processo de amamentação; Identificar os fatores que, na perspectiva do casal, facilitam ou dificultam a participação paterna no processo de amamentação; apreender, a partir da ótica do casal, as possíveis influências do pai no processo de amamentação. **Metodologia:** será um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, a ser realizado em Sarandi/RS, junto a casais jovens (15 a 24 anos) que vivenciam ou tenham vivenciado o processo de amamentação. Farão parte do estudo casais jovens que têm a vivência do processo de amamentação de um ou mais filhos. Como critérios de inclusão definiu-se que os sujeitos devem estar vinculados ao sistema público de saúde do município de Sarandi- RS, especificamente a unidades de ESF. Além disso, os casais devem ter idade de 15 a 24 anos, compartilhar uma vida em comum e residir na mesma moradia, ter filho(s) de um mês completo a dois anos de idade, os quais estejam sendo amamentados ou tenham sidos amamentados. Como critérios de exclusão determinou-se que não farão parte do estudo: casais em que um, ou ambos, apresentem problemas cognitivos ou comportamentais que impeçam responder as questões da

entrevista; casais com filhos adotivos em qualquer idade ou com somente um filho legítimo até um mês. A análise dos dados será realizada por meio da análise de conteúdo do tipo temática. O recorte relativo aos filhos em idade de um mês a dois anos de idade justifica-se pelo fato de que a OMS e MS preconizam que desde o nascimento até 48 meses as crianças sejam amamentadas. A exclusão de casais com um filho que tenha menos de um mês de vida foi decidida em virtude de que se considera que, para compartilhar com o pesquisador a vivência do processo de amamentação, o casal necessita ter tido, pelo menos, um mês de contato com essa criança para poder relatar a sua experiência. A amostra será composta de aproximadamente oito pessoas, visto que durante o processo de aproximação ao campo, realizado para a elaboração deste projeto, obteve-se a informação de que estão sendo atendidos, nas ESF do local do estudo, atualmente, esse número de casais jovens. **Resultados:** os resultados do presente estudo poderão fornecer subsídios aos gestores e profissionais da saúde, no sentido de incluir os pais nos processo de educação em saúde pró-aleitamento materno, capacitando estes profissionais a fim de garantir esta inclusão. Além, de melhor organizar os serviços de saúde, como por exemplo, flexibilizar os horários de atendimento. **Conclusão:** a partir da realização deste trabalho e de seus resultados, será possível perceber se há participação paterna no processo de amamentação e como ela se dá. Podendo assim, identificar as potencialidades e as fragilidades desta participação, gerando informações aos profissionais para intervirem na assistência das famílias que vivenciam ou vivenciarão o processo de amamentação.

**Área temática:** Processos de cuidado

**Descritores:** aleitamento materno; paternidade; família.

**REFERÊNCIAS**

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasilia, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pd> Acesso em: 13 mar. 2013.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicaçõs/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf.> Acesso em: 20 mar. 2013.

3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da saúde: SUS. Rede Cegonha**. Até dois anos a criança precisa de leite materno.** Brasília, DF, 2012. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/8722/162/ate-dois-anos-a-crianca-precisa-de-leite-materno.htm> Acesso em: 19 mar. 2013.

4. GUSMAN, R. C**. Os significados da amamentação na perspectiva das mães**. 2005. 103f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-06052005-112835/es.php> Acesso em: 18 mar. 2003.

5. SILVA, T. B.; SANTIAGO, B. L.; LAMONIER, A. J. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 122-30, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n1/18.pdf> Acesso em: 06 mar. 2013.

# REPOUSO COM ELEVAÇÃO DAS PERNAS: UMA PRÁTICA DE AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM ÚLCERAS VENOSAS?1

# REST WITH LEG ELEVATION: PRACTICE OF SELF-CARE FOR PEOPLE WITH VENOUS ULCERS

# REPOSO CON ELEVACIÓN DE LAS PIERNAS: PRÁCTICA DE LA AUTO-ATENCIÓN A PERSONAS CON ÚLCERAS VENOSAS

CARNEIRO, Diana Alves2
BACHION, Maria Márcia3
MALAQUIAS, Gomes Suelen4
NUNES, Cynthia Assis Barros5
PEREIRA, Lilian Varanda6

1 Este manuscrito integra a dissertação "Autocuidado de pessoas com úlceras vasculares: comportamentos relacionados ao estilo de vida, terapia tópica e utilização do serviço de saúde", que está sendo desenvolvida no Programa de Pós- Graduação em Enfermagem Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN-UFG). Integra projeto financiado pelo CPNq.

2 Enfermeira. Mestranda no PPG-Enfermagem da FEN-UFG. Bolsista da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES). diannagam@gmail.com
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da UFG. Pesquisador nível 2 do CNPq. Coordenadora da Rede Goiana de Pesquisa em Avaliação e Tratamento de Feridas. Líder do NUTADIES.
4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem . Doutoranda no PPG- Ciências da Saúde da UFG. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da UFG/.
5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Integrante da Rede Goiana de Pesquisa em Avaliação e Tratamento de Feridas.
6 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UFG. Vice Coordenadora
da Rede Goiana de Pesquisa em Avaliação e Tratamento de Feridas. Vice Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde (NUTADIES).

**Introdução:** Entre os diversos componentes necessários ao tratamento e à prevenção de recorrência da úlcera venosa, a compressão, os exercícios com as pernas e o repouso com elevação das pernas são reconhecidos como elementos essenciais para o sucesso da terapêutica (Hecke, Grypdonck, Defloor; 2007). O repouso com elevação dos membros inferiores pode contribuir para o processo cicatricial, devido favorecer a redução do edema e alterações favoráveis na microcirculação (New Zealand Wound Care Society, 2011). Esse comportamento integra as ações de autocuidado, compreendido como as ações realizadas

por uma pessoa para a manutenção da vida e do bem estar (Orem, 1993). A Enfermagem pode promover ações de autocuidado mediante ações educativas (Navarro, Castro; 2010). **Objetivos:** Analisar a prática de autocuidado - repouso com elevação dos membros inferiores, em pessoas com úlceras venosas e as orientações profissionais recebidas. **Metodologia:** Esta pesquisa está inserida num projeto maior, intitulado "Úlceras vasculares: situação de atendimento, prevalência e condições dos usuários após 6 meses de atendimento de enfermagem nas salas de curativo da rede municipal de saúde em três municípios do estado de Goiás", financiado pelo CNPq. Aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiânia, sendo aprovado, com número de protocolo 101/2010. O presente recorte se constitui em estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado em CAIS, e CIAMS na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, no período de agosto de 2012 a março de 2013. A amostra não probabilística e por entradas sucessivas constituiu-se por pessoas que atenderam os seguintes critérios: possuir pelo menos uma úlcera venosa na perna em atividade ou não (CEAP 4 ou 4), ter idade maior ou igual á 18 anos, estar em condições de expressar a sua decisão em participar voluntariamente do estudo. Foram excluídas pessoas com úlceras arteriais e considerados casos de perda a não localização do participante. Dos 132 usuários identificados que estavam em atendimento para úlceras vasculares no período anteriormente descrito, ao realizar abordagem para verificação de elegibilidade dessas pessoas para a participação no presente estudo, verificou-se que 55 não foram encontradas (endereço e telefone desatualizados), um recusou-se a participar da pesquisa, 15 haviam falecido, 4 mudaram para outro município e assim, 57 foram incluídas no estudo. Todos os sujeitos foram convidados a participar mediante esclarecimentos e aqueles que aceitaram manifestaram a sua anuência mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo duas partes: uma com dados de caracterização social, demográfica e clínica e outra que explorava os comportamentos de autocuidado. Esse roteiro foi desenvolvido com base na literatura científica na área de avaliação e tratamento de úlceras venosas, foi refinado por três profissionais enfermeiros, com experiência na área, considerados como peritos, e ainda, avaliados quanto à sua aplicabilidade em um pré-teste com usuários com perfil semelhante, atendidos em cidade vizinha. Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual, realizada pelo mesmo pesquisador, na unidade de saúde onde a pessoa realizava o curativo ou na residência quando o paciente realizava o curativo domiciliar. A investigação do autocuidado foi realizada em dois blocos de abordagem: o primeiro constituiu de uma questão aberta, que investigou ações e/ou comportamentos referidos como realizados em função de cuidado com a úlcera e o segundo bloco incluiu questões específicas, relacionadas à repouso com elevação das pernas, orientações profissionais recebidas, fatores facilitadores e dificultadores para a realização do repouso adequado. Para a análise dos resultados utilizou-se estatística descritiva. **Resultados:** Participaram do estudo 57 pessoas. Em relação ao repouso com as pernas, 84,2% dos participantes referiram

realizar repouso (deitado ou sentado) com os membros inferiores elevados, sem um padrão específico quanto à frequência ou duração. O repouso sentado é feito mantendo-se o tronco ereto e apoiando as pernas em uma cadeira. Aproximadamente 40% referiram ter recebido orientação profissional sobre isso. A orientação mais citada foi para "elevar as pernas", sem maiores especificações sobre os detalhes sobre como ou quando fazer isso e deitar com as pernas elevadas, da mesma forma, sem maiores detalhes. Entre os profissionais responsáveis pelas orientações mencionados pelos pacientes destacou-se o médico, referido por aproximadamente metade dos participantes como aquele que prestou as orientações. O enfermeiro foi referido por aproximadamente 35,0%. Há casos em que ambos foram citados. Conforme os participantes, o fator que mais dificultou para a realização do repouso com as pernas elevadas foi a ocupação, contudo, destaca-se que em aproximadamente metade dos casos os participantes não especificaram um motivo em particular. Muitas pessoas que mencionaram a prática de repouso com elevação das pernas, não mostraram conhecimento sobre a forma adequada de implementar esse cuidado. Para Orem (1993), o autocuidado se dá por ações realizadas pelo indivíduo em benefício próprio para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar e, a prática dessas atividades quando adequadas, permite integridade, funções e desenvolvimento humano. Mediante os resultados obtidos observou-se que o autocuidado foi realizado de forma parcialmente adequada, considerando-se as recomendações da literatura (New Zealand Wound Care Society, 2011). Embora na Enfermagem se valorize no discurso a atuação do enfermeiro como educador (Royal College Of Nursing, 2006), isso não se configura ainda como realidade em todos os cenários e em relação ao cuidado com todos os usuários, e nesse sentido é necessário que os profissionais de enfermagem, busquem competências não só para a ação educativa, mas também produzirem novos modos de organizarem o seu trabalho, de modo que a educação em saúde ocupe lugar de destaque, como um facilitador para as ações de autocuidado. **Conclusão:** Os resultados dessa pesquisa denotam que pessoas com úlceras venosas comumente não adotam a prática de autocuidado de repousar com as pernas elevadas, não sabem como deveria ser exatamente esse repouso e entre os fatores dificultadores para o autocuidado esse contexto apontam as responsabilidades com atividades laborais. A pesquisa evidenciou inexpressiva atuação dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro como orientador/apoiador de pacientes com úlceras venosas, em relação à práticas de autocuidado relacionadas ao repouso com as pernas elevadas. Esse cenário pode comprometer a evolução favorável da cicatrização das lesões e dos sintomas desconfortáveis como o edema e a dor nas pernas.

**Área temática:** Processos de cuidado

**Descritores:** Enfermagem; cuidado de enfermagem; úlceras venosas
Nursing, nursing care; venous ulcers
Enfermería, atención enfermagem; úlceras venosas

**REFERÊNCIAS**

Australian Wound Management Association Inc.; New Zealand Care Society. Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers; Australian, 2011, oct. 132 p.

Hecke AV, Grypdonck M, Defloor T. Interventions to enhace patient compliance with leg ulcer treatment: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing. 2007, 17: 29-39 p.

Navarro Peña Y, Castro Salas M. Enfermeria Global. Applied To A Community Group Through The Nursing Process. Revista eletronica cuatrimestral de Enfermería; 2010, jun., 19, 14 p.

Orem DE, Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Mason-Salvat Enfermería;1993, 423 p.

Royal College Of Nursing. The nursing management of patient with venous leg. London, 2006.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES HIV POSITIVAS

# IMPORTANCE OF PRENATAL CARE TO PREGNANT WOMEN WITH HIV

# IMPORTANCIA DEL CUIDADO PRENATAL PARA MUJERES COM HIV

LEAL, Tifany Colomé1
CHAGAS, Bruna Pereira2
ALVES, Camila Neumaier3
NEVES, Eliane Tatsch4

1Apresentadora. Acadêmica do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: tifanyleal@hotmail.com
2Acadêmica do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
3Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do CCS/UFSM.
4Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do CCS/UFSM.

**INTRODUÇÃO: a**s Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Nos países em desenvolvimento, a transmissão vertical do HIV determina as maiores incidências de perdas gestacionais e de ocorrências de doenças congênitas como a AIDS, quando não há abordagem correta.[1] A assistência pré-natal é um momento importante para prevenção da transmissão do HIV da mãe para o bebê, com diagnóstico precoce e tratamento adequado. Nesse período da gestação, muitas mulheres que estão à margem do sistema público de saúde procuram os serviços, a fim de terem uma gravidez sem complicações.[1]Baseado na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e da resolução COFEN nº 271/2002 que a reafirma, diz: "O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo decreto nº 94.406/87".[2] A assistência pré-natal consiste em uma série de contatos, entrevistas ou visitas programadas, da gestante com integrantes da equipe de saúde, com o objetivo de acompanhar a evolução da gravidez e conseguir uma preparação adequada para o parto e para o cuidado da criança.[3] Ainda, um dos três eixos do Pacto pela Saúde é o Pacto pela Vida e entre as prioridades básicas enumeradas está a redução da mortalidade materna e infantil. Um dos componentes para a execução dessa prioridade é a redução da taxa de transmissão vertical do HIV.[3] Esta ocorre pela passagem

do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% acontecem no periparto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação de 7% até 22% por exposição (mamada).[4] Desse modo, justifica-se este trabalho a fim de destacar a importância da assistência pré-natal às gestantes portadoras do vírus HIV. Objetiva-se relatar a experiência durante as aulas práticas no Programa Saúde da Mulher na Unidade de Saúde Kennedy durante as consultas de enfermagem na assistência pré-natal. **METODOLOGIA:** relato de experiência das aulas práticas no Programa Saúde da Mulher na Unidade de Saúde Kennedy (USK), por acadêmicas do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) durante as consultas de enfermagem na assistência pré-natal. Essas se desenvolveram em junho de 2013. As atividades estão previstas no programa da disciplina de Enfermagem no Cuidado á saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** nas aulas práticas do curso de Enfermagem da UFSM na USK os alunos são inseridos no Programa de Saúde da Mulher, onde realizam as consultas de enfermagem na assistência pré-natal. É um momento de aprendizagem prática onde os alunos têm a oportunidade conhecer várias realidades, e gestações específicas, com patologias diversas e cuidados especiais. Ansiedade e inseguranças são alguns sentimentos vivenciados pelos alunos principalmente nas primeiras consultas de pré-natal realizadas. Entretanto, logo depois deste primeiro momento, exercendo o papel de enfermeiro faz com que estes acadêmicos se sintam satisfeitos e importantes dentro deste processo. As gestantes HIV positivas são acompanhadas com frequência, e recebem as orientações necessárias para a gestação, o parto e puerpério, sendo desenvolvidos os cuidados protocolados para que a transmissão vertical seja minimizada. Durante as aulas práticas os alunos acompanhados pelas professoras da disciplina participam da consulta realizam exame físico, orientam e escutam a gestante e sua família, quando está também está presente. Deve-se lembrar de que dentre as atribuições do enfermeiro durante as consultas do pré-natal está a solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal; realizar testes rápidos; prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica). Assim, se encontradas alterações nos exames laboratoriais o enfermeiro deve realizar estratégias para prevenção ou tratamento de alguma patologia identificada. No momento em que a gestante realiza o exame anti-HIV e este tem como resultado a reagência, deve prestar todo o apoio necessário para que seja minimizada a transmissão vertical do HIV. A taxa de transmissão vertical do HIV, quando não são realizadas todas as intervenções de profilaxia, atinge cerca de 25% dos recém-nascidos de gestantes HIV+, podendo ser reduzida a níveis entre 1 a 2 % com a aplicação de medidas adequadas durante o pré-natal, parto e puerpério. Essas intervenções são: o uso de antirretrovirais, a partir da 14ª semana de gestação; utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesáreo, quando indicado; AZT oral para o recém-

nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade.[3] É importante destacar que para que as gestantes HIV positivas compreendam esse processo de prevenção da transmissão vertical é preciso orientações na assistência pré-natal sejam realizadas de forma clara e simples e que sejam levados em conta o histórico prévio de saúde e o contexto sociocultural dessas mulheres. Para tanto alguns fatores são necessários para que a assistência no pré-natal seja eficaz, sendo eles: a captação precoce, realização de, no mínimo, seis consultas pré-natal; escutar essa mulher e seus acompanhantes, esclarecer dúvidas e informar sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas; entre outros. A assistência a gestante HIV positiva é complexa e exige do enfermeiro saberes técnico-científicos aprimorados e constantemente atualizados, bem como construir uma relação de confiança e vínculo, assim promovendo a minimização dos riscos da transmissão vertical. **CONSIDERAÇÕES FINAIS: s**abe-se que ainda falta uma cobertura maior na assistência pré-natal para gestantes HIV positivas, pois a transmissão vertical ainda acontece por não ter adesão ao tratamento. Esforços devem ser direcionados para ampliar o acesso ao pré-natal, tanto ao início precoce quanto ao número mínimo de consultas; buscar alternativas de testagem sorológica, tais como os testes rápidos, visando disponibilizar oportunamente o resultado dos exames; capacitar profissionais de saúde para ações de aconselhamento e manejo clínico; aumentar a oferta de ações educativas, tanto para as gestantes como para a população geral. Vale lembrar que as aulas práticas para os acadêmicos de Enfermagem são essenciais já que estando em campo prático o aprendizado acontece naturalmente e possibilita que os acadêmicos percebam a realidade onde as gestantes estão inseridas e com isso desempenhe o papel de enfermeiro, orientando e desenvolvendo as atividades da assistência de Enfermagem ao pré-natal, necessárias para cada gestante.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Assistência pré-natal; Transmissão Vertical de Doença Infecciosa.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de cuidado.

**REFERÊNCIAS**

1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. Plano Operacional. **Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis.** Brasília: MS, 2007.

2 Lei nº 7.498, de 25.06.86publicada no DOU de 26.06.86Seção I - fls. 9.273 a 9.275. **RESOLUÇÃO COFEN-271/2002 – Revogada pela RESOLUÇÃO COFEN-317/2007.** Rio de Janeiro, 12 de julho de 2002.

3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids.**Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso.**Brasília: MS, 2007.

4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** – Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32/ Ministério da saúde. Brasília: MS, 2012.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS GESTANTES SOROPOSITIVAS AO HIV: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

# HEALTH PROFESSIONALS ACTION IN THE CARE OF HIV POSITIVE PREGNANT WOMEN: A BIBLIOGRAPHICAL REVIEW

# DESEMPEÑO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE VIVEN CON EL VIH: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

KLEINUBING, Raquel Einloft1
ANTUNES, Bibiana Sales2
KINALSKI, Daniela Dal Forno3
SILVA, Clarissa Bohrer da4
PAULA, Cristiane Cardoso de5
PADOIN, Stela Maris de Mello6

1 Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva: ênfase em Oncologia e CIH. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) UFSM. Santa Maria, RS. raquel_e_k@hotmail.com.
2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) UFSM. Santa Maria, RS.
3 Enfermeira. Graduada na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) UFSM. Santa Maria, RS.
4 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) UFSM. Santa Maria, RS.
5 Enfermeira. Doutora. Profª Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Santa Maria, RS.
6 Enfermeira. Doutora. Profª Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do Grupo de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Santa Maria, RS.

**Introdução:** Dados epidemiológicos referentes à incidência do HIV/AIDS indicam que desde o ano de 2008 até 2012 foram notificados 446318 casos de AIDS. Destes, 117875 casos ocorreram no Estado do Rio Grande do Sul configurando a maior incidência nacional da infecção pelo HIV. Quanto ao índice de Transmissão Vertical (TV) do HIV, essa taxa

situa-se em 8,2% de contaminação perinatal[1]. Esta alarmante realidade evidencia a importância de uma atenção em saúde coletiva que mobilize esforços na busca pela remissão da alta incidência de infecção. Com relação às estratégias de redução da TV, o Ministério da Saúde, utilizando-se de portarias e normas técnicas, vem atuando na remissão das taxas de infecção perinatal, por meio do aperfeiçoamento de ações no país, pautadas na distribuição de insumos como testes rápidos e exames de seguimento, medicamentos antirretrovirais e materiais técnicos, que vem formando a base para a atuação profissional ética e competente. Acredita-se que a adesão padronizada à tais estratégias pode culminar na significativa redução da TV em até 100% dos casos[2]. No entanto, cabe salientar a importância da gestão local na organização da rede assistencial, incluindo a atenção à nível de Saúde Pública, para que se possa obter seguimento das medidas profiláticas e de manejo terapêutico da infecção fetal[2]. **Objetivo:** Apresentar as produções provenientes dos cursos de Pós-graduação sobre as estratégias de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de saúde às gestantes vivendo com HIV/AIDS no pré-natal. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada por meio da busca ao portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no período de maio de 2013, utilizando-se como estratégia de busca, a combinação das palavras "Cuidado pré-natal", "gestantes", "HIV" e "AIDS". Utilizou-se como critérios de inclusão: teses ou dissertações que possuíssem resumo disponível na íntegra e que abordassem o tema proposto, as produções que não encaixaram-se nos critérios mencionados foram excluídas do *copus* da pesquisa. Elaborou-se um quadro sinóptico a fim de melhor visualizar os dados e avaliar quantitativamente os seguintes aspectos: fonte, área de conhecimento do CNPq; tipo de publicação, ano de publicação, tipo de abordagem metodológica e resumos. O tratamento dos dados foi realizado por meio da análise de freqüência absoluta (n) e percentual (%). **Resultados:** A busca no portal da CAPES resultou em 16 estudos entre teses e dissertações, dos quais apenas 10 estudos foram incluídos. Constatou-se, quanto a fonte, que a Universidade Federal de São Paulo obteve maior número de publicações, ou seja, quatro estudos (20%), seguido pelas instituições: Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Universidade Estadual de Maringá, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira , Universidade Estadual de Londrina, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e Fundação Oswaldo Cruz, na qual todas apresentaram uma produção (10%). Quanto à área de conhecimento do CNPq, o curso de pós-graduação em Enfermagem produziu quatro estudos (40%), enquanto que as demais áreas, constituídas pela Psicologia, Ciências da Saúde, Medicina, Saúde Coletiva, Pediatria e Saúde Pública, que produziram um estudo (10%) cada. Com relação ao tipo de publicação, prevalecerem as dissertações em um total de oito produções (80%). Constatou-se, quanto ao ano de publicação, que no ano de 2008 houveram duas publicações (20%), enquanto que nos anos de 2002, 2003, 2004, 2005, 2007, 2010, 2011 e 2012, houveram apenas uma publicação em cada ano (10%). Referindo-se ao tipo de abordagem metodológica, as produções qualitativas foram

mais frequentes, em um total de cinco estudos (50%), enquanto que as pesquisas quantitativas somaram um total de três estudos (30%), seguido por duas publicações (20%) que não mencionaram o tipo de pesquisa. No sentido de compreender a vivência dos profissionais de saúde na assistência às gestantes soropositivas para o HIV, para então construir caminhos na busca pela melhoria do cuidado à esses sujeitos, percebe-se, através dos resultados apontados por um estudo[3], que a relação profissional-paciente ainda se faz pautada em sentimentos de medo, desrespeito aos direitos reprodutivos e despreparo ético e técnico, sendo necessário o estímulo à reflexão da atual prática profissional, com vistas à melhoria do cuidado e suporte às gestantes vivendo com HIV. Outro estudo realizado[4], aponta o despreparo profissional, sobretudo da enfermagem, no manejo de questões relativas ao ciclo gravídico puerperal acompanhado de HIV, no que tange o dilema do diagnóstico positivo, o desamparo familiar e social e a possibilidade de contaminação do filho. A autora acredita que o Grupo de Gestantes Sororpositivas para o HIV pode constituir-se em uma importante ferramenta de cuidado, ao imprimir mudanças comportamentais mediante a educação para a saúde. Por representar um espaço de construção coletiva de saberes e práticas, pode acarretar no encorajamento do profissional à assumir condutas diferenciadas e humanizadas perante às pacientes, o que torna-se fundamental para o estreitamento do vínculo entre a tríade instituição-profissional-paciente, qualificando o cuidado e, com isso, diminuindo às chances de TV do HIV. Nesse sentido, a adesão ao tratamento pré-natal reporta ao significativo papel dos serviços de saúde e dos profissionais atuantes, no que diz respeito à facilitação do acesso ao atendimento e tratamento, bem como ao cuidado estabelecido com a gestante, considerando a importância da interação das características pessoais dos sujeitos com as variáveis do contexto de seu tratamento, que podem tornar-se facilitadoras ou dificultadoras no processo assistencial[5]. Com isso, a integralidade da atenção em saúde deve ser o foco principal no cuidado à essas pacientes, ou seja, o enfermeiro deve articular o cuidado aos programas de assistência à gestante soropositiva, considerando os aspectos biológicos, sociais e culturais que integram o cotidiano das gestantes, incluindo as questões fundamentais de gênero como preditor de adesão às recomendações de profilaxia durante o pré-natal. Nesse sentido, salienta-se a cobertura de testagem para o HIV como fundamental para o diagnóstico precoce e possível remissão dos casos de TV, porém, o não aconselhamento do teste, contribui para a fragmentação e fragilização do cuidado, refletindo a necessidade de melhor capacitação dos profissionais de saúde que realizam o pré-natal. **Conclusões:** Percebeu-se, através da busca por teses e dissertações, as fragilidades que permeiam a atenção destinada às gestantes soropositivas ao HIV, no que diz respeito às estratégias de prevenção e redução nas taxas de TV. Faz-se necessário a implementação de ações eficazes durante o pré-natal que envolvam o comprometimento das esferas fundamentais no processo de cuidado, o serviço de saúde, profissionais de saúde e gestantes, na remissão da TV.

**Área temática:** Processos de Cuidado**.**

**Descritores:** Cuidado pré-natal, Gestantes, HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

**REFERÊNCIAS**

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico- AIDS e DST**. Ano IX, n. 1. Brasília, jun. 2012.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmisão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso**. (Série Manuais, n. 46). Brasília: MS, 2010. 172p.

3. FONSECA, E. N. R. **Vivências de profissionais de saúde no processo de cuidar de mulheres soropositivas no ciclo gravídico puerperal**. 2011. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/João Pessoa, 2011.

4. PREUSSLER, G. M. I. **Escutando as mães HIV+ sobre o grupo de gestantes soropositivas para o virus da imunodeficiência humana**. 2005. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

5. MOSKOVICS, J. M. **Gestantes Soropositivas: Dimensões Psicossociais na Adesão ao Pré-Natal**. 2008. 191 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.

# ATENÇÃO À SAÚDE DOS MORADORES DO MEIO RURAL: ACESSO E NECESSIDADES

# HEALTH CARE OF RURAL RESIDENTS: ACCESS AND NEEDS

# CUIDADO DE LA SALUD DE LOS RESIDENTES RURALES: ACCESO Y NECESIDADES

BERTASI, Luciano Márcio1
KESSLER, Marciane 2
BORDIGNON, Maiara3
TRINDADE, Letícia de Lima4

1 Enfermeiro. Graduação pela Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.
2 Enfermeira. Graduação pela Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. Especialização em Saúde Pública
com ênfase em Estratégia de Saúde da Família. E-mail: marciane.kessler@hotmail.com
3 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.
4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. Líder do
Grupo de Estudos GESTRA/UDESC.

**Introdução:** A promoção da saúde da população por meio da integração e da construção de parcerias entre os órgãos federais, estados e municípios, com participação da iniciativa privada e da sociedade é a missão primordial do Ministério da Saúde[1]. Este tem buscado efetivar tal missão através da criação de políticas públicas de saúde voltadas às coletividades, observando as diversidades e especificidades de condições de desenvolvimento humano, de gênero, condições socioeconômicas e culturais da população. No entanto, a formulação destas políticas tem se fortalecido nas ações de atenção à saúde voltada principalmente às populações urbanas, deixando uma lacuna importante no que se refere à saúde dos moradores do meio rural. A necessidade de atenção a esta parcela da população foi destaque na 12ª Conferência Nacional de Saúde, e culminou com a criação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, que traz como prioridade a garantia de acesso equânime à rede de atenção à saúde e suas ações vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS)[2]. Sabe-se que a população rural encontra diversos fatores impeditivos para o acesso aos serviços e ações de saúde, como a distância do local de residência, a dificuldade de deslocamento, a inviabilidade de horários de atendimentos, entre outros[3], o que deve ser levado em consideração pelos serviços, profissionais e políticas de saúde. No Sul do Brasil, especialmente na Região Extremo Oeste do Estado de

Santa Catarina, há uma porção significativa de moradores no meio rural, chegando a representar a maioria da população, em alguns municípios[4]. Assim, a universalidade de acesso e a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência fazem parte dos princípios do SUS, previstos em Lei, porém, ainda se constituem em um desafio na efetivação do modelo de assistência à saúde no país[5]. **Objetivos:** Esta pesquisa objetivou conhecer como se dá o acesso da população rural aos serviços de saúde, em municípios do Extremo Oeste de Santa Catarina, bem como identificar os aspectos do atendimento priorizados por esta população. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória quanti-qualitativa, realizada com moradores da zona rural de três municípios da região do Extremo Oeste de Santa Catarina, no período de junho a agosto de 2012, sendo estes, 45 indivíduos do sexo masculino e 45 do sexo feminino, escolhidos aleatoriamente, tendo como critério de inclusão idade entre 30 e 59 anos, faixa etária que representa 41,3% da população rural[4]. Os sujeitos do estudo foram submetidos a um questionário com questões abertas e fechadas, sendo as questões abertas analisadas com base na Análise Temática de Bardin, e as demais questões analisadas estatisticamente com o auxilio do programa Statistical Package for Social Science (SPSS versão 18.0). A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UDESC, sob Parecer nº 50084/2012. **Resultados:** Em relação à acessibilidade à rede de serviços disponibilizados pelo SUS e os serviços privados de assistência à saúde, os achados revelaram que os principais serviços procurados/utilizados pela população rural, nos dois anos que antecederam à pesquisa, foram, primeiramente, a Unidade Básica de Saúde, por 97,8% das mulheres e 84,4% dos homens, seguidos por: farmácia, por 57,8% das mulheres e 42,2% dos homens; a Estratégia de Saúde da Família, por 57,8% das mulheres e 20% dos homens; assistência odontológica, por 37,8% das mulheres e 26,7% dos homens; serviços hospitalares, por 31,1% das mulheres e 15,6% dos homens; pronto-atendimento, por 17,8% das mulheres e 15,6% dos homens; consulta médica particular, por 13,3% das mulheres e 20% dos homens; e demais serviços de saúde, por 17,8% das mulheres e 11,1% dos homens. Quando investigados os determinantes para a escolha dos serviços, emergiu na escolha pela a assistência privada a justificativa da falta de acesso e a falta de resolutividades dos serviços públicos. Já a escolha pelos serviços públicos foi justificada pela qualidade da assistência, a gratuidade do atendimento, a facilidade de acesso ou proximidade do local de residência, e, por fim, por ser a única opção de escolha na localidade. Quanto aos fatores que interferem na escolha do atendimento como principais categorias: a qualidade do atendimento, a acessibilidade, o fluxo de atendimento e o ambiente físico. No que diz respeito à qualidade do atendimento, constatou-se que a população estudada privilegia uma assistência: por profissionais capacitados para o atendimento ao público; com bom acolhimento; e com menos tempo de espera. Quando à acessibilidade, destacaram-se: atendimento em horários alternativos; acesso a mais medicamentos na farmácia da Unidade; e o maior número de consultas médicas. O fluxo de atendimento configurou uma prioridade, sendo citado: o atendimento por ordem de

chegada; e a prioridade no atendimento, conforme necessidade. Por fim, o ambiente físico da Unidade foi mencionado como um dos aspectos privilegiados na escolha por assistência entre essas populações, sendo também valorizados o ambiente asseado/climatizado e o atendimento mais individualizado/privativo. **Conclusões:** Evidenciou-se no estudo aspectos priorizados pela população rural do Extremo Oeste de Santa Catarina na escolha dos serviços de saúde. Observou-se, neste estudo, uma população preocupada em utilizar serviços de saúde que ofereçam facilidade de acesso, resolutividade, gratuidade, principalmente no que diz respeito à assistência pública, sendo tais características quesitos que motivam a sua procura como prioridade em relação aos demais. A Atenção Primária à Saúde já se consolida junto a esta população, através das Unidades Básicas de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, como o principal modo de acesso à rede de assistência do SUS. Identificou-se que os fatores culturais também influenciam a utilização dos serviços de saúde, demonstrando a necessidade de se investir em ações de educação em saúde, uma vez que a conquista de resultados positivos na melhora da satisfação dos usuários do meio rural, e o oferecimento de uma assistência que contemple suas necessidades e prioridades, está diretamente relacionada ao fortalecimento de relações efetivas com as famílias que lá residem.

**Área temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** População rural; Promoção da Saúde; Serviços de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

**Descriptors:** Rural Population; Health Promotion; Health Services; Health Services Accessibility.

**Descriptores:** Población Rural; Promoción de la Salud; Servicios de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portal Saúde. O Ministério: missão. [acesso em 2013 jul. 25]. Disponível em: http://portalsaude.saude. gov.br/portalsaude/area/7/o-ministerio.html

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p.50.

3. Vieira EWR. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequetinhonha, Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. p.122.

4. Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. População residente – Santa Catarina. [acesso em 2012 ago. 13]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/ popsc.def

5. Brasil. Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 19 set. 1990. [acesso em 2012 set. 28].

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# VIVÊNCIAS DA HOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA VOZ DE IDOSOS E FAMILIARES

# EXPERIENCES IN THE HOSPITAL INTENSIVE CARE UNIT IN VOICE OF ELDERLY AND FAMILY

# EXPERIENCIAS EN EL HOSPITAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN VOZ DE MAYORES Y FAMILIA

SCHONS, Vanessa Fátima1
LEITE, Marinês Tambara2

1Autora. Relatora do trabalho. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/Campus Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem. E-mail: vaneschons@hotmail.com.
2Enfermeira, Doutora em Gerontologia Biomédica, Docente da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/ Campus de Palmeira das Missões. Tutora do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem. Orientadora do Trabalho. E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br.

**INTRODUÇÃO:** A transição demográfica, relacionada com a queda das taxas de mortalidade e fecundidade, tem provocado uma rápida variação na estrutura etária brasileira, com redução da proporção de crianças e jovens, aumento da população adulta e uma tendência de elevação no percentual de idosos. Tais modificações configuram um novo cenário da população, refletindo em mudanças nas demandas por políticas públicas específicas.[1] Os avanços tecnológicos, investimentos na saúde e melhorias na qualidade de vida tem influenciado para o aumento da expectativa de vida da população. Segundo dados demográficos, no ano de 1940 a esperança de vida da população era de 45,5 anos, no ano de 2008 passou para 72,7 anos e em 2010, era de 73,48 anos. Ainda, segundo projeções, no ano de 2050 a idade média de vida dos brasileiros alcançará o patamar de 81,29 anos.[1] Como uma das consequência do aumento da expectativa de vida da população, há o acréscimo de doenças crônicas de caráter agudo, que geram, comumente, a necessidade de internação hospitalar e, por vezes, em unidade especializada como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nesse contexto, observa-se uma tendência das UTIs recebendo, cada vez mais, pacientes idosos. As UTIs caracterizam-se como uma área hospitalar reservada, complexa, com monitorização contínua que admitem pacientes potencialmente graves. Tais unidades fornecem suporte e tratamento intensivo, vigilância por 24 horas, alta tecnologia e contém recursos materiais e humanos especializados.[2-3] O ambiente estranho, as rotinas rígidas e altamente particularizadas podem interferir no processo de adaptação do paciente,

em especial, os que são idosos e seus familiares. Além disso, a hospitalização em UTI requer adaptações na vida do paciente e da família, devido à alteração na rotina diária e quebra do elo familiar, entre outros fatores.[4] Para o idoso, afastado do seu espaço de convívio, por necessitar de internação em uma UTI, a relação interpessoal enfermeiro-idoso, bem como com os demais membros da equipe, tem papel primordial no processo de sua adaptação nesse espaço. Assim, o paciente idoso deve ser visto como um sujeito com características próprias, respeitando sua autonomia e necessidades psicossociais e espirituais, não o limitando a um sujeito com determinada patologia e com limitações biológicas. Também os familiares exercem papel significativo no tratamento e reabilitação do paciente. Os principais sentimentos vivenciados pela família durante o processo de hospitalização são: o medo da morte e da perda, tristeza, preocupação, angústia, desespero, ausência de humanização dos profissionais da saúde, isolamento social, desequilíbrio emocional, impotência perante a doença e sobrecarga na vida pessoal e da família. Em contrapartida, os familiares relatam que veem a UTI como um local de muita atenção e cuidado especializado.[4] Comumente, os profissionais que atuam em UTIs centram suas atividades nos aspectos biológicos e curativos, esquecem, por vezes, que os sujeitos atendidos possuem sentimentos e necessidades biopsicossociais. Portanto, proporcionar espaços de escuta para os idosos e seus familiares em UTI é de fundamental importância para balizar e qualificar o cuidado da enfermagem. Assim, poderá ser ofertada atenção que considera a perspectiva do cliente idoso e da família, possibilitando um cuidado holístico e diferenciado. Considerando esses aspectos este estudo visa responder a seguinte questão de pesquisa: Como se dá a vivência do processo de internação em uma UTI na voz de idosos e seus familiares? **OBJETIVO:** O objetivo dessa investigação é conhecer e analisar as vivências do processo de hospitalização em uma UTI na voz de idosos e seus familiares. **METODOLOGIA:** Para atender o objetivo proposto, este estudo delineia-se como descritivo, de abordagem qualitativa. O estudo será realizado no hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, que se constitui, atualmente, em um centro de referência secundária e terciária em saúde, abrangendo 46 municípios, localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul. O cenário específico do estudo serão as Unidades de Terapia Intensiva, desse hospital. Os participantes da investigação serão idosos que vivenciaram uma internação na Unidade de Terapia Intensiva e seus familiares. Como critério de inclusão estabeleceu-se para a pessoa idosa: ter idade igual ou superior a 60 anos, estar internado em unidade de internação após ter vivenciado um período de hospitalização na UTI; ter condições cognitivas para ser entrevistado. Para o familiar os critérios são: ser familiar e ter acompanhado a pessoa idosa que vivenciou um período de internação na UTI e ser maior de 18 anos de idade. Para localizar os possíveis participantes far-se-ão visitas as UTIs, solicitar-se-á a coordenação quais os pacientes idosos que deram alta dessa unidade e que foram encaminhados para uma unidade de internação aberta. Nesse local, será realizado contato com o paciente e seu familiar, convidando-os a participar do estudo. Caso não seja possível realizar a entrevista nesse momento, esta será agendada para dia e hora que melhor

convier para os participantes. A etapa de coleta de dados será iniciada logo após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sendo norteada pelas recomendações prevista na Resolução 196/96 e após a anuência dos participantes do estudo. A coleta dos dados para ambos os grupos de participantes dar-se-á por meio de entrevista semi-estruturada. Utilizar-se-á como critério de número de participantes na pesquisa a saturação teórica dos dados. Os dados serão analisados seguindo os preceitos da análise de conteúdo. Será observado o que consta na Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 (196/96) do Conselho Nacional da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. **RESULTADOS:** Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para dar maior visibilidade à temática saúde do idoso, bem como trará conhecimento sobre a vivência dos idosos e dos seus familiares após internação em Unidade de Terapia Intensiva, contribuindo para a construção de conhecimentos teóricos. **CONCLUSÃO:** Entende-se que discutir a vivência de idosos e dos seus familiares contribuir para qualificar o cuidado de enfermagem prestado nas Unidades de Terapia Intensiva, haja vista as diversas dificuldades para assistir de forma integral essa população, necessitando da inserção de novas abordagens para além do campo individual e curativo. Além disso, a equipe de enfermagem ao pensar o cuidado para o idoso hospitalizado em UTI também deve considerar as necessidades da família, lembrar que esta precisa de informações claras sobre o estado de saúde do seu familiar, bem como de apoio para o enfrentamento das dificuldades decorrentes da hospitalização.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado.

**DESCRITORES:** Unidades de Terapia Intensiva; Idoso; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

**DESCRIPTORS:** Intensive Care Units; Aged; Nursing; Nursing Care.

**DESCRITORES:** Unidades de Cuidados Intensivos; Anciano; Enfermería; Atención de Enfermería.

**REFERÊNCIAS**

1. IBGE. Censo Demográfico de 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/estimativa.shtm. Acesso em: 22 de abril de 2013.

2. Cheregatti AL, Amorin CP. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Ed. Martinari, 1° Edição. São Paulo, 2010.

3. Silva MVG, Oliveira AMG. Plantão de enfermagem: o cotidiano da assistência de enfermagem numa unidade hospitalar. Ed. Nogueira. Rio de Janeiro, 2009.

4. Comassetto I, Enders BC. Fenômeno vivido por familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(1): 46-53.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# EDUCAÇÃO EM SÁUDE NAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

# HEALTH EDUCATION IN CARE PRACTICES IN A FAMILY HEALTH UNIT

# EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

ROSSO, Laís Fuzer1
SCHIMITH, Maria Denise2
BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin3
HEISLER, Elisa Vanessa4
BRUM, Dyan Jamilles Teixeira5
LEAL, Tifany Colomé6
GOMES, Taís Falcão7
BARBOSA, Mariane da Silva8

1Autora/Relatora. Acadêmica de enfermagem do 8º semestre da Universidade Federal de Santa Maria/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Email: laisfrosso@gmail.com
2Orientadora. Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS.Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
3Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Profª Associada do Dep. de Enfermagem e do PPGEnf (Mestrado) da UFSM. Vice-líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
4Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
5 Acadêmica de enfermagem do 8º semestre da Universidade Federal de Santa Maria/RS. Bolsista FIEX. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
6Acadêmica de enfermagem do 7º semestre da Universidade Federal de Santa Maria/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
7Acadêmica de enfermagem do 8º semestre da Universidade Federal de Santa Maria/RS. Bolsista FIPE. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
8Acadêmica de enfermagem do 7º semestre da Universidade Federal de Santa Maria/RS. Bolsista PIVIC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**INTRODUÇÃO:** A atenção Básica (AB) em saúde caracteriza-se como a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo um conjunto de ações, voltadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, e reabilitação[1]. Nesse contexto da AB, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como proposta de reorientação do processo de trabalho, propõe consolidar e expandir as ações de saúde no país; aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB e ampliar a resolutividade das ações voltadas as situações

de saúde doença das pessoas e coletividades, por meio da promoção, prevenção e recuperação da saúde[1]. Com o objetivo de intensificar as ações de promoção em saúde, em 2006 foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde que a reconhece como estratégia fundamental para a busca da equidade e da melhoria da qualidade de vida das pessoas, tendo como objetivo a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde, a partir do acesso e garantia de condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. Junto com a promoção da saúde caminha a educação em saúde que vai além da orientação e transmissão de informações, tendo o profissional a função de facilitador na construção do conhecimento e autonomia do usuário, estimulando sua reflexão crítica, vendo-o como ser ativo, ator no processo de promoção da saúde e prevenção da doença. A partir do exposto, e tendo o conhecimento de que saúde é mais ampla do que o processo de intervenção na doença, sente-se a necessidade de descortinar a prática de educação em saúde desenvolvida pela equipe de uma Unidade de Saúde da Família (USF), local, onde foi desenvolvido o macroprojeto: "Relações entre trabalhadores de saúde e usuários em uma Unidade Saúde da Família: a construção da Rede de Atenção à Saúde". A motivação para este estudo deu-se pelas vivências obtidas durante a trajetória acadêmica e estudos desenvolvidos como integrante do Grupo de Pesquisa "Cuidado, Saúde e Enfermagem". Com o propósito de embasar a presente pesquisa e atender os objetivos propostos, buscaram-se subsídios no referencial da área da saúde e na área da educação a fim de propiciar uma discussão acerca da Educação em Saúde, Promoção da Saúde, ESF e as Teorias da Educação. A estratégia de promoção da saúde começa a ter destaque no ano de 1986, quando ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na cidade de Ottawa no Canadá. Desta conferência, resultou a Carta de Ottawa que em linhas gerais, caracteriza a promoção de saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação neste processo[2]. Esta conferência foi marco para o conceito, a delimitação das funções e inclusive a expansão do campo de atuação em educação para a saúde[3]. Ressalta-se que durante sua trajetória a educação em saúde passou de um modelo tradicional em que o predomínio da visão biomédica e curativa do usuário era enaltecido em detrimento do seu contexto biopsicossocial sem a intervenção do usuário no processo de construção da sua saúde. A ESF é a porta de entrada do usuário para a atenção primária em saúde, por isso salienta-se a importância da educação em saúde nesse ambiente tendo como enfoque a abordagem do usuário como aliado na construção de ações de saúde, em âmbito da promoção da saúde e da prevenção de agravos. A educação, segundo Nietsche (1998)[4], é classificada em dois conjuntos teóricos, as teorias não-crítica, quando a educação não possui uma relação com o social, ou seja, não sofre influência dos determinantes que afetam a sociedade. Fazem parte dessa teoria as pedagogias da Escola Tradicional, da Escola Nova e da Escola Tecnicista; e as teorias críticas, quando a educação é entendida como algo indissociável da realidade social e política, ou seja, ela está interagindo com o meio, fazendo parte as pedagogias da Escola Libertadora, da Escola Libertaria e da Escola

Crítico-Social dos Conteúdos. Esse estudo tem a seguinte questão norteadora: qual o enfoque de educação em saúde que permeia as práticas de cuidado em uma USF? **OBJETIVO**: identificar o enfoque de educação em saúde desenvolvido nas práticas de cuidado em uma USF. **METODOLOGIA:** Este estudo constituir-se-á em uma pesquisa descritiva estruturada a partir da análise de um banco de dados, emergente de um projeto maior, intitulado "Práticas de cuidado em uma Unidade de Saúde da Família: a construção da rede de atenção à saúde", que teve como referência metodológica a pesquisa qualitativa, desenvolvida a partir de um estudo de caso. Esta foi desenvolvida em uma USF que conta com duas equipes básicas e equipe de saúde bucal, localizada no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul/RS. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista não estruturada, a observação utilizada foi à participante, sendo registrada em um diário de campo e busca em documentos. Os sujeitos que participaram da pesquisa foram os trabalhadores de saúde e usuários de uma USF, sendo o grupo de trabalhadores composto por Auxiliar Administrativo, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), Auxiliar de Serviços Gerais, coordenador administrativo de USF, enfermeiras, médica, odontóloga e técnicas de enfermagem. A análise do material contido no banco de dados seguirá a análise de conteúdo segundo Minayo (2010)[5]. A classificação escolhida para essa pesquisa será a análise temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou freqüência signifique alguma coisa para o objeto analítico visado. De acordo com Minayo (2010, p.316)5 a análise temática subdivide-se em três etapas: 1) pré-análise, que consiste em uma escolha dos documentos a serem analisados; 2) exploração do material, que consiste em uma operação de classificação que visa a codificação do texto; e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, fase em que se colocam em ênfase as informações obtidas.Ressalta-se que a presente pesquisa está em consonância com os preceitos éticos constantes na resolução 196, de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), sob CEP no 1939/11. **RESULTADOS ESPERADOS:** Espera-se que o projeto possibilite descortinar a prática de educação em saúde desenvolvida pelas equipes, por meio da descrição das atividades desempenhadas, relacionando-as com a construção teórica disponível. Além disso, a finalidade do projeto é que auxilie no debate e planejamento das ações de educação e promoção de saúde na AB, destacando a participação do usuário na construção do seu projeto terapêutico.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de cuidado.

**DESCRITORES:** Educação em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

**KEYWORDS:** Health Education; Family Health Strategy; Primary Health Care; Nursing.

**PALABRAS CLAVE**: Educación para La Salud; Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Enfermería.

**REFERÊNCIAS**

1BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de out. de 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

2BRASIL. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf>.

3ARAÚJO RRDF. Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo 2005.Disponível em:<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-08122005-101259/pt-br.php>.

4NIETSCHE, E. A. As teorias da educação e o ensino da enfermagem no Brasil. In: SAUPE, R. (Org.). Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: UFSC, 1998. p. 119-162

5MINAYO, M.C.S. O desfio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, 11º edição; São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC, 2010.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ATENDIMENTO HUMANIZADO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

# HUMANIZED SERVICE IN UNITS OF URGENCY AND EMERGENCY

# SERVICIO HUMANIZADO EN UNIDADES DE URGENCIA Y DE EMERGENCIA

BARBIERI, Ângela1
DALMOLIN, Anaíse 2
FRIGGI, Priscila Ferreira3
QUINTANA, Alberto Manuel4

1 Psicóloga, Especialista em Sistema Público de Saúde, Mestranda em Psicologia com ênfase na Saúde- UFSM. angelacherobini@yahoo.com.br
2 Psicóloga, Mestranda em Psicologia com ênfase na Saúde- UFSM.
3 Psicóloga, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Mestranda em Psicologia com ênfase na Saúde- UFSM.
4 Psicólogo, Professor Pós-Doutor do Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Pós- Graduação em Enfermagem UFSM.

O conceito de humanização das práticas e da atenção à saúde está na pauta de discussões mundo afora há várias décadas e, nos últimos anos, vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente nas publicações ligadas à saúde coletiva[1]. Este conceito pode ser traduzido como uma busca incessante pelo conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, família e equipe, elucidando assim a importância da mesma durante o período da internação[2]. Sendo assim, a humanização representa um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde, capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural do paciente, espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e a satisfação dos profissionais de saúde e usuários[1]. A humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro que emerge da realidade na qual os usuários dos serviços de saúde queixam-se dos maus-tratos. Essas queixas podem ser observadas na mídia que denuncia aspectos negativos dos atendimentos prestados à população. Até mesmo as publicações científicas comprovam a veracidade de muitos destes fatos. No cuidado à saúde, em nosso país, a humanização do cliente está incluída na Constituição Federal Brasileira de 1988 que garante a todos o acesso à assistência à saúde de forma resolutiva, igualitária e integral. Mais recentemente, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) cujo objetivo principal é aprimorar as relações dos profissionais da

saúde, tanto entre si como do hospital com a comunidade. Para isto, é preciso valorizar o ser humano, qualificando os hospitais públicos, transformando-os em organizações modernas, solidárias, com vistas a atingir as expectativas dos gestores e da comunidade[3]. Uma das características mais marcantes das unidades de urgência e emergência como o pronto socorro é a dinâmica intensa de atendimento, assim, agilidade e a objetividade se tornam requisitos indispensáveis aos profissionais, pois o paciente grave não suporta demora na tomada de decisões ou mesmo falhas de conduta[4]. Estas exigências tornam-se também fontes de stress para os profissionais destas unidades, o que muitas vezes dificulta o cuidado humanizado5. Diante da realidade e do estresse comum aos usuários (externos e internos) das unidades de emergência e da necessidade de se atuar de forma mais humanizada no atendimento, é necessária uma reflexão sobre a humanização da assistência que vem sendo precariamente exercida em dias de hoje, predominando o avanço tecnológico e científico e, muitas vezes, fragmentando-se a atenção que deveria ser dispensada de forma mais humana. Parte-se deste pressuposto para o desenvolvimento deste trabalho, uma vez que a humanização tem se tornado destaque e que os profissionais da saúde são os principais responsáveis por esta prática. Tendo por objetivo verificar na literatura as possibilidades de um processo de atendimento humanizado e seus dificultadores em serviços de urgência e emergência no ambiente hospitalar. O seguinte trabalho fez uso da pesquisa bibliográfica, ou seja, foi desenvolvida em cima de materiais já elaborados. As fontes foram publicações periódicas, sendo que se buscaram artigos que contemplassem Unidades de urgência e emergência, Humanização e a Política Nacional de Humanização. A humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro. No entanto, na prática, ela não tem se concretizado principalmente nos serviços destinados ao atendimento de urgência e emergência[3]. O atendimento nessas unidades é centrado na díade queixa e conduta, que preza dar uma resposta imediata a fim de atender o mais rápido possível levando em consideração a demanda, o que intensifica ainda mais o foco na doença. Porém, isto ocasiona uma baixa resolutividade, pois o paciente passa a retornar várias vezes ao serviço, aumentando ainda mais a demanda e formando um círculo vicioso que ocasiona à insatisfação tanto dos profissionais quanto dos pacientes. É inevitável pensar o quanto esse círculo vicioso acaba vindo à contramão do que é esperado com a implementação da Política Nacional de Humanização. No Brasil, as unidades de urgência e emergência são cada vez mais procuradas. Ao conviver com essa realidade, sobressai a precariedade desses serviços: corredores aglomerados de pacientes em macas sem colchões, sem privacidade, conforto ou segurança, à espera de atendimento e, ainda, vulneráveis a infecções cruzadas. Nesse ambiente, encontram-se, também, os familiares, geralmente desinformados quanto aos procedimentos adotados em relação ao paciente e à própria situação deste[3]. Os resultados esperados na prática são de redução da fila de espera, atendimento acolhedor e resolutivo, garantia dos direitos dos usuários, entre outros, o que não se percebe nessa modalidade de atendimento do pronto socorro. Além disso, as situações corriqueiras do trabalho no setor de emergência geram sofrimento além

de provocar sentimentos como: cansaço, esgotamento, impotência e revolta. Dentro de um sistema onde há uma alta demanda, baixa resolutividade e profissionais que nutrem sentimentos como cansaço, esgotamento e revolta, e não é concedido espaço para reflexão ou da palavra, é difícil se pensar em cuidado humanizado em saúde. O propósito de humanizar implica em reconhecer carências nas condições exigidas no cuidado em saúde. Humanizar seria, entre outras coisas, conceder a palavra aos usuários e aos profissionais da saúde, ampliando o grau de comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e de situações hierarquizadas, assim como preconiza um dos princípios da Política Nacional de Humanização, que é o reconhecimento do papel de cada um e delegar o cuidado além da equipe de saúde, à rede sócio familiar, assumindo, dessa forma, um papel protagonista e ativo no processo. Assim, é importante considerar os princípios da Política Nacional de Humanização, e quais são as possibilidades para que eles sejam efetivos dentro do Pronto Socorro. Entende-se que os princípios da Política Nacional de Humanização vêm para que se possa estabelecer uma igualdade e comunicação entre a equipe, profissionais e usuários, tornando todos ativos no processo. Contudo, para que isso aconteça, é importante que haja um maior tempo de reflexão, uma maior comunicação para minimizar, de certa forma, o sofrimento dos profissionais e consequentemente dos usuários.

Á**rea temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Humanização da Assistência; Medicina de Emergência; Políticas Públicas de Saúde.

**Key-Words:** Humanization of Assistance; Emergency Medicine; Health Public Policy.

**Palabras-Clave:** Humanización de la Atención; Medicina de Emergencia; Políticas Públicas de Salud.

**REFERÊNCIAS**

1. Goulart, BNG, Chiari, BM. Humanização das Práticas do Profissional de Saúde – Contribuições Para Reflexão. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(1):255-268.

2. Bolela F, Jericó MC. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2006 ago; 10 (2): 301-8.

3. Andrade LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. Rev. Eletr. Enf. 2009; 11(1):151-7.

4. Gatti MFZ. A música como intervenção redutora da ansiedade do profissional de serviço de emergência: utopia ou realidade? [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2005.

5. Menzani G, Bianchi ERF. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros Rev. Eletr. Enf. 2009;11(2):327-33.

# A DISTANÁSIA COMO GERADORA DE DILEMAS ÉTICOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

# THE DYSTHANASIA AS ETHICAL DILEMAS GENERATOR IN INTENSIVE CARE UNITS

# DISTANASIA COMO LA GENERACIÓN DE DILEMAS ÉTICOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

BARBIERI, Ângela1
DALMOLIN, Anaíse 2
FRIGGI, Priscila Ferreira3
QUINTANA, Alberto Manuel4

1 Psicóloga, Especialista em Sistema Público de Saúde, Mestranda em Psicologia com ênfase na Saúde- UFSM. angelacherobini@yahoo.com.br
2 Psicóloga, Mestranda em Psicologia com ênfase na Saúde- UFSM.
3 Psicóloga, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Mestranda em Psicologia com ênfase na Saúde- UFSM.
4 Psicólogo, Professor Pós-Doutor do Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Pós- Graduação em Enfermagem UFSM.

No decorrer dos séculos XX e XXI, a medicina obteve evidentes benefícios com o avanço tecnológico permitindo aumento da eficiência e segurança graças à utilização de novas modalidades terapêuticas. Entretanto, o seu emprego exagerado em situações questionáveis, como no caso de pacientes não recuperáveis, fez crescer dilemas sociais, institucionais e profissionais quanto aos aspectos econômicos, éticos e legais pertinentes[1]. Neste cenário, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), passaram a ser alvo de constantes conflitos éticos no que se refere à crescente utilização de tecnologias no tratamento de pacientes que não mais respondem aos tratamentos disponíveis, com consequente prolongamento do processo de morte quando a mesma é inevitável. A concentração destes recursos somada à gravidade dos pacientes internados em UTIs, pode favorecer, no decorrer da evolução da doença, o surgimento de um momento no qual o processo de morte é irreversível, gerando dilemas éticos relacionados à distanásia, termo definido como morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento[1]. Pode ser empregado como sinônimo de tratamento fútil ou obstinação terapêutica e retrata a atitude persistente dos profissionais de recuperar o paciente terminal, podendo causar grande desconforto físico e emocional tanto para o paciente quanto para a família e demais integrantes da equipe multidisciplinar[2]. Os estudos que discutem a

distanásia questionam os tratamentos dispensados a pacientes não recuperáveis, o uso indiscriminado de arsenal tecnológico para pacientes em processo de morte e a consequente sustentação indefinida do suporte vital[1,2,3]. Do ponto de vista ético, pretende-se evitar que esta tecnologia venha a se transformar em instrumento que prolongue o sofrimento e retarde, a qualquer custo, o inevitável processo de morte, submetendo o paciente a uma agonia por métodos artificiais. Dessa forma, esse estudo teve por objetivo discorrer acerca da distanásia e o dilema ético que ela representa nos cuidados médicos dos pacientes terminais. Para tanto, fez-se o uso de uma pesquisa bibliográfica que teve como base materiais já publicados. Observa-se que as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), a partir da utilização de tecnologia sofisticada e emprego de metodologias criadas para aferir e controlar as variáveis vitais, são responsáveis pela manutenção e prolongamento da vida, por vezes, além do desejado ou indicado para certos pacientes. Frente a real possibilidade de adiar o momento da morte, cada vez mais as equipes de saúde da UTI se deparam com questões éticas, morais, religiosas e até judiciais, que tornam o trabalho realizado neste setor por vezes difícil, complexo e desgastante. A grande dúvida para estes profissionais parece ser até quando investir em tratamentos e quando interrompê-los. Em outras palavras, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), a partir da utilização de tecnologia sofisticada e emprego de metodologias criadas para aferir e controlar as variáveis vitais oferecem aos profissionais de saúde a possibilidade de adiar o momento da morte. Apesar disso, a maioria dos óbitos intra-hospitalares ocorre nas UTIs, onde o momento da morte pode ser precedido por decisões sobre a recusa ou a suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis[3]. Na obra intitulada "Distanásia: até quando prolongar a vida?"[2] são descritos alguns fatores que impulsionam as discussões em relação à distanásia, hoje, no mundo, tais como: a discussão entre os acontecimentos científicos e os valores morais, as grandes mudanças ocorridas no modelo conceitual de avaliação das alternativas de tratamento médico, as transformações na relação médico-paciente (paternalismo médico versus autonomia do paciente), e, por fim, os fatores referentes à justiça, economia e alocação de recursos na área da saúde. O estudo destes elementos é essencial para a compreensão da multiplicidade de questões que envolvem o contexto da distanásia. Ainda, destaca-se o modelo de medicina na contemporaneidade que é o paradigma comercial-empresarial presente principalmente no setor privado lucrativo, onde é a capacidade do doente terminal pagar – e não o diagnóstico - o critério que tende a determinar sua admissão como paciente numa Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é o tratamento a ser utilizado[4]. Nesta perspectiva, com o fator econômico predominando, é o poder aquisitivo do cliente (seguro saúde especial), mais do que o conhecimento e a sabedoria médicas, que determina o procedimento terapêutico a ser aplicado. Dessa forma, as decisões de conduta, sobretudo nos casos de terminalidade em UTI, são extremamente difíceis, além de gerarem enorme desgaste psicológico à equipe, e, de modo especial, ao médico. Estes desgastes decorrem, sobretudo, das dúvidas relacionadas às decisões sobre até que ponto investir no paciente que já não conta mais com recursos terapêuticos curativos para sua doença, e também a

respeito, principalmente, das imprecisões legais referentes ao que é lícito ou não nas atitudes médicas no fim da vida. Assim, a Medicina de Cuidados Intensivos levanta uma série de dilemas que ainda estão longe de uma solução satisfatória em termos de decidir quando aplicar ou não um determinado tratamento. A formação médica encontra dificuldades, quando na tentativa de formar profissionais de excelência técnico-científica, esquece-se de seus aspectos emocionais. Dizemos aqui desta especialidade por ser a que mais perto lida com a finitude da vida e as decisões que acontecem em torno dela. Sabemos que o objetivo da medicina nem sempre é curar, mas cuidar do paciente e que ela tem grandes poderes, mas não poderes ilimitados. A Medicina Intensiva com toda sua especialização tecnológica e de recursos humanos também tem limites, e é necessário que os profissionais de saúde que ali trabalham se deem conta disso, que estejam preparados para fazer reflexões com todos os envolvidos no processo de tomada de decisão, já que o aprimoramento e utilização da tecnologia na saúde não só produziu reflexos na expectativa de vida da população como também lançou um leque de questões: a medicina é necessariamente inimiga do envelhecimento e da morte? A doença, o adoecer – e o morrer - nunca deveriam ser aceitos? Diante dessa rotina hospitalar, faz-se necessário um espaço de trocas dentro da formação onde temas e vivências tão intensos sejam discutidos. Parece, porém, que isto pouco ocorre. Falar da morte é difícil, pois nos depara com a nossa própria finitude, fato extremamente angustiante. Estes profissionais, no entanto, possuem a morte em sua rotina de trabalho, não podendo ser indiferentes a ela.

Á**rea temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Assistência terminal; Ética Médica; Unidades de Terapia Intensiva.

**Key-Words:** Terminal Care; Ethics Medical; Intensive Care Units.

**Palabras-Clave:** Cuidado Terminal; Ética Médica; Unidades de Cuidados Intensivos.

**REFERÊNCIAS**

1. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Revista Bioética. 1993; 1(2):129-38.

2. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola; 2001.

3. Moritz R. Decisões Difíceis em UTI. Rev Bras Terap Inten 1999; 11 (1):3-4.

4. Pessini L. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. Revista Bioética**.** 2004; 12(1):39-60.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA COM CASAIS QUE VIVENCIARAM A PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

# PHENOMENOLOGICAL INTERVIEW WITH COUPLE WHO EXPERIENCED PROPHYLAXIS OF HIV VERTICAL TRANSMISSION

# ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA CON LAS PAREJAS QUE HAN EXPERIMENTADO LA PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL HIV

LANGENDORF, Tassiane Ferreira1
PADOIN, Stela Maris de Mello2
DE PAULA, Cristiane Cardoso3

1 Enfermeira. Doutoranda pela Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ. Professora substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade – GP PEFAS. E-mail: tassi.lang@gmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento Enfermagem, Coordenadora do PPGEnf da UFSM. Liderança compartilhada do GP PEFAS.
3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento Enfermagem e do PPGEnf UFSM. Liderança compartilhada do GP PEFAS.

**Introdução:** O aumento do número de mulheres infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) caracteriza a feminização da epidemia do HIV/aids. Em decorrência dessa mudança no perfil epidemiológico, estabeleceram-se políticas de prevenção, promoção e atenção integral para o seu enfrentamento com o intuito de reduzir as vulnerabilidades que atingem as mulheres[1]. Diante da feminização da epidemia, evidencia-se que grande parte das mulheres infectadas pelo HIV encontrar-se em idade fértil. Nesse sentido, ressalta-se a situação da gestação no contexto do HIV/aids, a qual expõe ao risco de transmissão vertical (TV) do HIV. No Brasil, desde 1994, o protocolo AIDS Clinical Trials Group (ACTG) 076 reduziu os índices de TV do HIV. Esse protocolo estabelece a profilaxia para a mulher e o bebê, o qual consiste na administração de medicamentos antirretrovirais, rotina de consultas e a não amamentação[2]. Além disso, devem ter acesso a informações sobre o cuidado com sua saúde para a garantia de uma gravidez saudável e com menor risco à criança. Além disso, a assistência no período gravídico-puerperal requer a ampliação da atenção para além da mulher e do concepto, incluindo o companheiro/pai nesse momento. Tal inclusão se configura como uma necessidade com vistas a melhoria da atenção pré-natal. Destaca-se que a inclusão ativa do companheiro nesse processo resulta no estímulo à continuidade da

mulher ao pré-natal e compreensão associada a aplicabilidade das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde[3]. A operacionalização da estratégia de profilaxia da TV do HIV requer a atenção e o apoio de profissionais de saúde para a orientação por meio da educação em saúde. Diante disso, destacam-se as ações de cuidado de enfermagem, as quais se configuram em um processo de escuta às demandas, troca de informações e apoio emocional ao casal, mediadas pelo diálogo que visa estabelecer uma relação de confiança e possibilita atuar nas suas especificidades. Dessa forma, permite designar intervenções específicas para cada dificuldade, em busca de um atendimento humanizado, permeado pela ética e pelo compromisso com a vida humana[4]. Nessa perspectiva emergiu a problemática e motivação para o desenvolvimento de estudo que desse voz aos casais no vivido da profilaxia da transmissão vertical do HIV numa perspectiva compreensiva. Para atender ao objeto de estudo, o significado dos cuidados na profilaxia da transmissão vertical do HIV para o casal, elencou-se como referencial teórico e metodológico a fenomenologia compreensiva de Martin Heidegger[5] e como técnica convergente ao referencial para obtenção dos dados a entrevista fenomenológica. **Objetivo:** descrever a vivência da pesquisadora na entrevista fenomenológica com o casal que vivenciou a profilaxia da transmissão vertical para o HIV. **Metodologia:** A fim de atender ao objeto e objetivo do estudo, foi necessário definir critérios de inclusão: casais, os quais assim se compreenderam, e que vivenciaram o cotidiano da profilaxia da transmissão vertical do HIV durante o período gravídico-puerperal; e critérios de exclusão: quando o homem ou a mulher apresentasse limitação cognitiva; quando houvesse óbito do/a filho/a proveniente dessa gestação. Após a definição destes critérios, elencou-se o cenário do estudo, o ambulatório onde são realizados os atendimentos de infectologia no pré-natal e puericultura do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na região centro-oeste do Rio Grande do Sul/Brasil. Para operacionalização da entrevista, foi disponibilizada pelo serviço uma sala na qual a entrevista pudesse ser realizada preservando a privacidade dos participantes. Os depoimentos foram gravados com a utilização de um gravador digital. O período em que ocorreu a obtenção dos dados foi de dezembro 2011 a fevereiro de 2012, encerrando-se com a entrevista do sétimo casal. O casal participou da entrevista juntos e o número de participantes não foi pré-determinado, uma vez que o estudo de natureza fenomenológica considera a essência do que se mostra e não a quantidade de entrevistas realizadas. Os depoimentos obtidos foram analisados e compuseram o corpus da pesquisa para elaboração da dissertação de mestrado intitulada "Profilaxia da transmissão vertical do HIV: compreensão do vivido do ser-casal e possibilidades de cuidado", vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. **Resultados:** O convite para participar da pesquisa foi realizado ao casal, ou ao homem ou à mulher, quando estavam aguardando para o atendimento no ambulatório do HUSM. Foi composta uma lista com o contato telefônico do casal para confirmação do interesse em participar da pesquisa e agendamento da data, local e horário para entrevista. Sobre o local onde ocorreram as entrevistas, cinco fora realizadas no HUSM e duas na residência do

casal, por solicitação deles. A entrevista iniciou pela questão norteadora: **como foi/é para vocês a vivência dos cuidados para prevenir a transmissão do HIV para o/a seu/sua filho/a?** Durante a entrevista, foram formuladas questões empáticas, a fim de evitar a indução de respostas, destacando palavras ou expressões dos depoimentos dos casais que necessitavam ser aprofundadas para melhor compreensão dos possíveis significados expressos. Realizar a entrevista com o casal configurou-se um desafio ao se considerar a necessidade de manter o rigor na condução desta técnica para obtenção dos dados. Diante disso, anterior à vivência da etapa de campo questionou-se sobre: como seria esse encontro? Qual seria o movimento da mulher e do homem na condução de suas falas? Que peculiaridades poderiam emergir na entrevista com o casal? Como a pesquisadora conduziria a entrevista diante de tais peculiaridades preservando o rigor metodológico na obtenção dos dados? Nessa perspectiva, mobilizaram-se alguns sentimentos na pesquisadora, tais como a apreensão; desejo de iniciar de imediato a etapa de campo; expectativa a cada nova possibilidade de realização de uma entrevista; triste quando o casal, o homem ou a mulher expressavam não ter interesse em participar da pesquisa. Estes foram superados gradativamente a cada entrevista realizada, bem como cada entrevista foi um encontro único, ocorrido de acordo com a singularidade de cada casal. A questão norteadora foi direcionada ao casal e na maioria das vezes quem iniciou o depoimento foi a mulher. Em algumas situações o homem foi interrompido pela mulher quando estava em meio ao seu depoimento, tendo a necessidade da pesquisadora resgatar a fala do homem. Também ocorreu entrevista em que: o homem se expressou mais do que a mulher, havendo a necessidade de retomar a fala dela; em outra situação, ambos foram sucintos em seus depoimentos, havendo a necessidade da pesquisadora elaborar questões empáticas para aprofundamento; e ainda, ambos respeitaram seus espaços para falar e encadearam seus depoimentos durante a entrevista, minimizando a necessidade de mediações para condução do encontro. Dessa forma, cada entrevista exigiu uma posição de abertura da pesquisadora para manter um fio condutor no desenvolvimento da entrevista. Este busca a garantia do rigor obtenção dos dados a partir da redução dos pressupostos, formulação de questões empáticas para aprofundar significados expressos pelo casal e manter o foco no objeto e objetivo do estudo. Conduzir a entrevista guiada por esses aspectos foi um exercício importante de aprendizado na pesquisa. A experiência prévia da pesquisadora em ações de extensão no desenvolvimento de grupos contribui para a produção dos dados com o casal, uma vez que a mediação de grupos requer atenção à dinâmica que se configura neste. A partir disso, exige uma postura mediadora a fim de oportunizar que todos possam se manifestar. **Considerações finais:** Dispor-se ao encontro empático com o casal para entrevista fenomenológica possibilitou compreender significados e desvelar os sentidos destes no vivido do ser-casal na profilaxia da transmissão vertical para o HIV. O caminhar para esse encontro perpassa a aproximação e ambientação com o cenário da pesquisa, profissionais do serviço e participantes da pesquisa, no empenho em tornar-se presença para estas pessoas neste espaço. Entrevistar o casal sobre um processo de cuidado inerente

ao período gravídico-puerperal, período que historicamente delimitava-se como responsabilidade somente da mulher, traduz a necessidade de romper com esse paradigma e fortalecer a relevância de incluir o companheiro/pai neste momento. Os casais deste estudo revelaram vivenciar juntos a profilaxia da transmissão vertical do HIV e o que possa estar implicado no mundo-da-vida deste casal e desta família. Dessa forma, desvelaram-se ser-casal, ratificando que o companheiro/pai é presença nesse processo de cuidado e deve ser incluído nele pelos profissionais de saúde.

Á**rea temática:** Processos de cuidado

**Descritores:** HIV; Transmissão Vertical de Doença Infecciosa**;** Pesquisa Qualitativa; Enfermagem

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Versão Revisada. Brasília, DF: 2011.

2. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O´Sullivan MJ, *et al*. Reducion of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatament. N Engl J Méd. 1994 Nov;331(18):1173-80.

3. Everett KD, *et al.* Health risk behavior of rural low-income expectant fathers. Public Health Nurs**.** 2006; 23(4):297-306.

4. Bernardes MJC, Sousa Vilela M, De Azevedo Filho FM. Estratégias para redução da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua relação com a Enfermagem. Enferm. glob. 2012 Out;28:377-85.

5. Heidegger M. Ser e tempo. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 5ª ed. São Paulo (SP): Vozes, 2011. 600 p.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA TEMÁTICA DA IMAGEM CORPORAL: REVISÃO NARRATIVA

# CHARACTERISTICS OF SCIENTIFIC PRODUCTION IN THEME OF BODY IMAGE: NARRATIVE REVIEW

# CARACTERIZACIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN TEMA DE LA IMAGEN CORPORAL: REVISIÓN NARRATIVA

SOUTO, Valquíria Toledo1
MOSTARDEIRO, Sadja Cristina Tassinari de Souza2
TERRA, Marlene Gomes3
SILVA, Cristiane Trivisiol da 4
TOSSIN, Brenda Ritielli5
VASCONCELOS, Raíssa Ottes6
ROCHA, Francielle dos Santos7
SILVEIRA, Rafael Pasche da8

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. Email: valquiriatoledo@hotmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM.
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM.
4 Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
5 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM.
6 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM.
7 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM.
8 Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM.

**Introdução:** A imagem foi uma das primeiras formas de comunicação da humanidade. Está presente na origem da escrita, através de pinturas, petrogramas e petroglifos, assim como nas religiões, na arte, no culto aos mortos e nas discussões filosóficas.[1] Contudo, a noção de imagem corporal, propriamente dita, surgiu com o neurologista e psiquiatra Paul Schilder, que a definiu como "a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós".[2:11] O indivíduo constrói a sua imagem corporal baseado em suas vivências edificadas desde o nascimento. Para compreender como se dá a construção da imagem corporal dos sujeitos, é necessário que se entenda a relação destes com o mundo, abrangendo sua dimensão de corpo físico, psíquico e social.[3] Ainda, deve-se considerar que, ao longo da vida, o corpo passa por um processo gradativo de mudanças. O

corpo é um espaço expressivo, um conjunto de significações vividas que vibra com todas as cores, dando às palavras e aos gestos uma significação especial.[4] Sendo assim, a enfermagem enquanto profissão que está intimamente relacionada com o corpo do outro, precisa considerar os significados que compõem e influenciam a expressão corporal de quem esta cuida. As pesquisas de âmbito perceptivo, relacionadas à imagem corporal, vêm buscando seu espaço, fundamentadas na compreensão de que não se vê a imagem pura e simples dos sujeitos, mas o fenômeno que surge da identidade corporal e da relação do sujeito com o mundo, uma vez que o objeto de estudo tem caráter multidimensional e necessita ser visto sob diversos ângulos.[5] Com tudo isso, a questão norteadora desse estudo foi: Qual a produção científica da enfermagem na temática da imagem corporal? **Objetivos:** identificar na literatura científica nacional e internacional, as produções da enfermagem na temática da imagem corporal, e caracterizar suas apresentações. **Metodologia:** estudo de revisão narrativa de literatura, com caráter exploratório descritivo, realizado a partir de uma busca sistematizada de produções científicas, nacionais e internacionais. A realização deste estudo seguiu as etapas: identificação da temática; formulação da pergunta de pesquisa e definição dos objetivos; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; seleção dos estudos nas bases de dados; construção de um quadro sinóptico; caracterização dos achados e discussão dos principais resultados. O levantamento dos estudos ocorreu no mês de junho de 2013, pelo acesso nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Para tal, utilizou-se a combinação das palavras: "Enfermagem" or "Cuidados de enfermagem" and "Imagem corporal". Foram incluídos artigos com resumos completos na base de dados e/ou com texto online gratuitos na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados por enfermeiros, e que abordassem a temática da imagem corporal. Foram excluídos teses, dissertações, e artigos duplicados nas bases de dados. Não se elencou um recorte temporal no intuito de realizar um levantamento geral nas produções oriundas dos periódicos da enfermagem na temática estudada. Para auxiliar a visualização dos dados, realizou-se um mapeamento das produções científicas selecionadas, através da construção de um quadro sinóptico, composto pelas variáveis: título, autoria; país, região e ano de publicação, fonte, base de dados, delineamento de pesquisa, objetivos, sujeitos e principais resultados. Este estudo descreve tal mapeamento na forma de frequências absoluta (n) e relativa (%). **Resultados:** A busca nas bases de dados, a partir da combinação das palavras-chaves já mencionadas, identificou 93 estudos. Após submissão aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, chegou-se a uma amostra final de 22 estudos, os quais compuseram o corpus do estudo. A partir do mapeamento dos 22 artigos selecionados, esses foram caracterizados de acordo com a frequência de sua apresentação. Assim, observou-se que as produções selecionadas são oriundas, em sua maioria, do Brasil, com 70% (n=16) das publicações, seguido da Inglaterra com 13,5% (n=3), e dos Estados Unidos, Canadá e Portugal, com 4,5% (n=1) das produções disponíveis cada. Quanto aos

estudos publicados no Brasil, a região com maior número de publicações foi a Sudeste, com 50% (n=8). A região Sul concentrou o segundo maior número de publicações com 31% (n=5), seguido do Nordeste com 19% (n=3). Em relação a fonte dos artigos nacionais e internacionais analisados, o Online Brazilian Journal of Nursing destacou-se com 13,5% (n=3) publicações. Com 9% (n=2) das publicações foram identificadas as revistas Texto e Contexto Enfermagem; Revista Gaúcha de Enfermagem; Revista Escola de Enfermagem USP; Journal of Advanced Nursing e Revista Cogitare Enfermagem. Além destas, também foram indentificadas publicações na Revista Latino-americana de Enfermagem; Revista Brasileira de Enfermagem; Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste; Revista Baiana de Enfermagem; Acta Paulista de Enfermagem; Archives of psychiatric nursing; Investigación y Educación em Enfermería; Nursing times; Canadian Journal of Neuroscience Nursing, representando 4,5% (n=1) das publicações cada. No que se refere ao delineamento dos estudos, a maior parcela foi de pesquisas qualitativas, com 45% (n=10). Também se destacaram os estudos teórico reflexivos com 23% (n=5), seguidos das pesquisas quantitativas com 13,5% (n=3). Ainda, identificou-se uma pesquisa com abordagem quali-quantitativa, um relato auto-biográfico, um estudo sociopoético e um estudo de caso clínico, representando 4,5% (n=1) das publicações cada. Os sujeitos que participaram dos estudos foram, predominantemente, pacientes, com índice representativo de 36% (n=8). Destes, identificou-se pacientes da clínica de cabeça e pescoço; mulheres em tratamento oncológico; obesos em acompanhamento nutricional; idosos de um grupo terapêutico; portadores de Cateter Totalmente Implantado; mulheres mastectomizadas; mulheres com Esclerose Múltipla Remitente e paciente com eczema agudo. As demais pesquisas tiveram como sujeitos: acadêmicos de enfermagem, em 13,5% (n=3); enfermeiros, em 9% (n=2); docentes de enfermagem, em 4,5% (n=1); estudantes de ensino médio, em 4,5% (n=1); pacientes, acadêmicos e docentes de enfermagem, em 4,5% (n=1); enfermeiros e pacientes com AIDS, em 4,5% (n=1). Para 23% (n=5) dos estudos, este item não foi considerado, pois refere-se aos estudos de reflexão teórica que não apresentam sujeitos. Quanto ao ano de publicação dos artigos analisados, o maior índice foi encontrado no ano de 2008, representando 18% das publicações (n=4). Com 13,5% (n=3) apareceram os anos de 2006 e 2010. Seguido dos anos de 2002 e 2007, com 9% (n=2), e os anos de 1989, 1990, 1991, 1999, 2001, 2003, 2005, 2011 com 4,5% (n=1) dos estudos por ano cada. **Conclusões:** O predomínio de publicações brasileiras pode ser considerado significativo, pois evidência a preocupação de enfermeiros com as questões que envolvem o seu corpo e o corpo do outro, já que esses se constituem na principal ferramenta de interação dos sujeitos no processo de cuidado. Ao mesmo tempo, pode representar uma fragilidade desta revisão, devido à inclusão do critério de gratuidade para a seleção dos estudos, uma vez que as bases internacionais não disponibilizam a maioria de suas publicações dessa forma. Em relação ao maior índice de estudos pertencendo à região Sudeste do Brasil, justifica-se pela maior concentração de Instituições de Ensino e Pesquisa nestes estados. Outra importante evidência está no predomínio de estudos com delineamento qualitativo, que se mostram

adequados para a temática, pois permitem compreender a especificidade e subjetividade necessárias nas abordagens que envolvem o corpo, a imagem corporal e suas significações. Entende-se que este estudo poderá contribuir para o processo reflexivo dos profissionais de enfermagem, no que se refere à temática da imagem corporal e sua relação com o cuidado. Ainda, a partir deste, pretende-se contribuir com a síntese do conhecimento que está sendo produzido na área de enfermagem, em relação aos processos de cuidar, ensinar e aprender as questões teóricas e filosóficas do corpo.

Á**rea temática:** Processos de cuidado**.**

**Descritores:** Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Imagem corporal.

**Descriptors:** Nursing; Nursing Care; Body image.

**Descriptores:** Enfermería; Atención de Enfermería; Imagen corporal.

**Referências**

1. Nunes MF, Netto AA, Silva PFP, Nogueira TE, Nunes VN. Imagem do cirurgião-dentista em sites de busca da web. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 Abr/Jun [ Acesso em 20 jul 2013];14(2): 313-21. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a11.htm

2. Schilder P. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

3. Frois E, Moreira J, Stengel M. Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão. Psicol. estud. [Internet] 2011 Mar [Acesso em 12 jul 2013];16(1):71-7 Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000100009

4. Merleau-Ponty M. O corpo: o visível e o invisível. São Paulo: Perspectiva; 1971.

5. Tavares MCGCF, Campana ANNB, Tavares Filho RF, Campana MB . Avaliação perceptiva da imagem corporal: história, reconceituação e perspectivas para o Brasil. Psicol. estud.[Internet] 2010 Set [Acesso em 21 jul 2013];15(3): 509-18 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722010000300008&script=sci_arttext

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# INTENCIONALIDADE DA AÇÃO DA ENFERMEIRA AO CUIDAR DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

# INTENTIONALITY OF THE ACTION OF THE NURSE TO TAKE CARE OF WOMEN IN SITUATION OF VIOLENCE

# INTENCIONALIDAD DE LA ACCIÓN DE LA ENFERMERA PARA CUIDAR DE LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

CORTES, Laura Ferreira1
PADOIN, Stela Maris de Mello2

1 Enfermeira. Especialista. Mestranda pelo PPGEnf – UFSM/RS. Membro do Núcleo de Estudos Mulheres, Gênero e Políticas Públicas – NEMGeP do Depto. Enfermagem – UFSM/RS e do Grupo de Pesquisa Cuidado à saúde das pessoas, famílias e sociedade- PEFAS – UFSM/RS. E-mail: lferreiracortes@gmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Coordenadora do Programa de pós Graduação em Enfermagem da UFSM. Professora adjunta Depto. de Enfermagem UFSM/RS. Líder do GP-PEFAS – UFSM/RS.

**Introdução:** A violência contra as mulheres tem se configurado um importante condicionante da saúde feminina, bem como um grave problema de saúde pública. Consiste em violação aos direitos humanos, à vida e à saúde, envolvendo múltiplos segmentos sociais.[1] Os profissionais de saúde possuem importante papel no acolhimento das mulheres, sendo estratégicos para o enfrentamento da violência.[2] Entretanto, geralmente, o cuidado a elas ocorre de maneira fragmentada e pontual, restrito ao tratamento das lesões físicas, demonstrando um despreparo dos serviços, para desenvolver um atendimento resolutivo e com vistas à integralidade.[2-3] Nesse cenário destaca-se a atuação da enfermagem que é pautada no cuidar, processo fundamentado na motivação, nas razões e nos objetivos.[4] Busca-se, nesta pesquisa a intencionalidade da ação da enfermeira ao cuidar mulheres em situação de violência, ou seja, os *motivos para* da ação profissional. Para tanto, toma-se como referência a Fenomenologia Social de Alfred Schutz[4], pois esta possibilita compreender o conjunto de ações sociais no mundo da vida e suas motivações, sendo possível apreender o típico da ação de cuidar dessas mulheres. O campo de pensamento de Alfred Schutz é pautado pela sociologia da ação, propondo um método de captação da realidade social e do conjunto de ações sociais, a partir das quais é possível compreendê-la. Reconhece-se assim que o significado de uma ação envolve a subjetividade do agente e é fundamentado em funções de motivação, razões e objetivos.[4-5] Acredita-se que para realizar um cuidado de enfermagem que vise à integralidade é fundamental que sejam apreendidas

suas motivações, a fim de que essas possam subsidiar o desenvolvimento de competências para o cuidado e ao enfrentamento da violência como uma questão de saúde pública. Nesse sentido, propõe-se para este estudo os **objetivos**: 1) identificar as ações desenvolvidas por enfermeiras ao cuidar de mulheres em situação de violência em serviços de referência para os casos da Região Centro do estado do Rio Grande do Sul; 2) apreender os motivos para a ação da enfermeira ao cuidar dessas mulheres. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica, fundamentada no referencial teórico metodológico da fenomenologia social de Alfred Schutz. Os preceitos éticos estão sendo respeitados conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/12; e tomaram-se os seguintes procedimentos: inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Direção de Ensino Pesquisa e Extensão do Hospital Universitário de Santa Maria (DEPE/HUSM) e ao Núcleo de Educação Permanente em Sáude da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria, a fim de obter o aceite para o desenvolvimento da pesquisa. Após a aprovação nas duas instâncias, foi registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), bem como no Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), seguindo para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição (CEP/UFSM) onde obteve aprovação, sob protocolo CAAE 12224212.2.0000.5346. A etapa de campo foi desenvolvida de janeiro a abril de 2013 no Centro Obstétrico e Pronto Socorro do HUSM e no Pronto Atendimento Municipal. A fim de produzir os dados realizou-se a aproximação e ambientação nos cenários em questão. As participantes foram profissionais enfermeiras que trabalham nesses locais e que aceitaram participar da pesquisa. Em momento oportuno as profissionais foram convidadas pela pesquisadora a participar da pesquisa, mediante o aceite e voluntariedade foi apresentado e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, às participantes. Para garantir o anonimato foi utilizada nas entrevistas a letra „E‟ (E1, E2, E3, E4....), por ser a letra inicial de enfermeira, seguida de um numeral. Foram entrevistadas/o dez profissionais que realizam a ação de cuidar de mulheres em situação de violência, sendo nove mulheres e um homem. A faixa etária dos participantes foi entre 32 e 55 anos e o tempo de formação variou entre oito a 30 anos. A etapa de campo terminou quando os significados convergiram com os objetivos da pesquisa. Para a produção dos dados utilizou-se a entrevista fenomenológica, com a pergunta orientadora: “O que você tem em vista quando cuida de mulheres em situação de violência?”. Ocorreram adaptações à pergunta para facilitar o entendimento das entrevistadas e essas consistiram em substituir a expressão *O que você tem em vista* por: o que você espera; o que você pretende; qual a sua intenção; qual sua expectativa; qual seu objetivo quando cuida de mulheres em situação de violência. A análise dos dados está sendo pautada na Sociologia de Alfred Schutz. O primeiro passo foi a escuta atentiva das gravações seguida da transcrição das entrevistas; após, foram realizadas leituras e re-leituras das mesmas visando identificar as ações desenvolvidas pelas profissionais e sua intencionalidade, agrupando-as por afinidade e tendo como finalidade captar os motivos para da ação das enfermeiras. Nesta etapa foi feito um recorte das

respostas alinhado à questão central do estudo. Identificou-se as ideias comuns refletidas nesses recortes e foram construídas as categorias concretas do vivido que se expressavam ao longo da fala das enfermeiras. **Resultados**: Após a identificação destas categorias, a análise buscará a compreensão da intencionalidade expressa na vivência dessas profissionais, à luz do referencial de Alfred Schutz[4]. Na busca pelos *motivos para* foram desveladas as categorias: 1) as profissionais esperam: o bem estar clínico, a recuperação da mulher que sofreu violência; 2) esperam que as mulheres se dêem conta da situação para que possam romper com a violência vivida; 3) esperam minimizar os danos da violência; confortar, dar suporte, apoiar as mulheres; 4) esperam a continuidade do cuidado às mulheres. Ao final, serão identificadas a relação das categorias entre si, chegando assim ao típico da ação profissional[4], aquilo que representa a essência, o que é comum à enfermeira no cuidar dessas mulheres. Os benefícios deste estudo dizem respeito à produção de conhecimento acerca do tema, com intuito de fornecer subsídios para os profissionais, no que se refere à assistência às mulheres em situação de violência. Após o término deste estudo, os resultados serão divulgados por meio da elaboração artigos científicos, publicações em eventos da área e aos profissionais e gestores dos serviços. O ano de conclusão do estudo é 2014.

**Área temática:** Processos de cuidado

**Descritores:** Saúde das Mulheres; Violência contra a Mulher; Cuidado de enfermagem; Filosofia; Pesquisa Qualitativa

**REFERÊNCIAS**

1. Cortes LF, Padoin SMM, Paula, CC, Vieira LB, Landerdahl MC, Silva EB. Limitations and possibilities on health assessment to women in violence situation. Health. 2013; 5(7A4):45-51.

2. Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD de.Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. Rev saúde pública. 2008;42(6):1053-9.

3. Vieira LB, Padoin SMM, Landerdahl MC. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. Rev gaúch enferm. 2009;30(4):609-16.

4. Schutz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Wagner HTR, organizador. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.

5. Chrizostimo MM, Rosas AMMTF, Alves L, Bartoly MG, Silva CMC, Alves, EMC. O significado da assistência de enfermagem segundo abordagem de Alfred Schütz. Ciencia y Enfermeria. 2009; 15(3):21-28.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# REINSERÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ATRAVÉS DE UMA OFICINA TERAPEUTICA

# SOCIAL REINCORPORATION OF USERS OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS THROUGH A THERAPEUTIC WORKSHOP

# REINSERCIÓN SOCIAL DE LOS USUARIOS DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS A TRAVÉS DE UN TALLER TERAPÉUTICO

SILVEIRA, Rafael Pasche da[1]
TERRA, Marlene Gomes[2]
SILVA, Adão Ademir da[3]
VASCONCELOS, Raíssa Ottes[4]
SOUZA, Lotário de[5]
SILVA, Schaienne Corsini da[6]

1Acadêmico do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista FIEX do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS). Email: rafaelpasche@gmail.com.
2 Enfermeira, Professora Doutora do Departamento e Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Pesquisadora do PEFAS.
3 Enfermeiro Mestre em enfermagem, enfermeiro assistente no Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM.
4 Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM. Bolsista PROIC/HUSM do PEFAS.
5 Acadêmico do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM.
6 Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM.

**Introdução:** Refletir sobre a questão do uso e abuso de drogas no contexto brasileiro ou sobre quaisquer questões relacionadas à problemática complexa, ampla e que ultrapassa as limitações dos diferentes campos científicos, os limites geográficos e políticos de um país, é concordar implicitamente, que o problema não vem ao longo de décadas sendo tratado com a devida seriedade. Prevalece ainda o sensacionalismo, o estigma, as deduções moralistas e as consequências penais.[1] A saúde pública brasileira vem se ocupando com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Produziu-se historicamente uma lacuna na política pública de saúde, deixando a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência e associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente

psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência.[2] Neste contexto, tratamentos aos usuários de drogas enfrentam algumas limitações, como a heterogeneidade dos dependentes, diversidade das substâncias consumidas, custos econômicos, dificuldades com recursos humanos, e dificuldades de materiais especializados.[3] A necessidade de definição de estratégias específicas para a construção de uma rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social, levou o Ministério da Saúde a instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2002.[2] Os Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento (CAPS AD) de pessoas usuários com uso prejudicial e/ou dependentes de álcool e outras drogas são dispositivos estratégicos desta rede.[2] O desenvolvimento de oficinas terapêuticas nos CAPS permite a possibilidade de projeção de conflitos internos/externos por meio de atividades artísticas, com a valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo do usuário, além do fortalecimento da autoestima e da autoconfiança, a miscigenação de saberes e a expressão da subjetividade.[4] Essas referidas oficinas já apareceram ao longo do processo histórico da psiquiatria, mas tinham um objetivo diferenciado do referencial da reabilitação psicossocial. Atualmente vem se constituindo por meio de princípios específicos, ou seja, a partir da reinserção das pessoas em sofrimento psíquico, mas respeitando a singularidade de cada instituição, de acordo com suas peculiaridades e regionalidades.[5] **Objetivo:** descrever como vem sendo desenvolvidas atividades decorrentes do Projeto de Extensão 'Oficina do Jornal: uma atividade terapêutica para usuários do serviço de recuperação de dependentes químicos, que respondeu ao Edital do Fundo de Incentivo a Extensão (FIEX) N.04/2013, registrado na Instituição/SIE sob o Nº 031445. O referido projeto tem sua relevância expressa na reinserção de usuários a sociedade. Esses usuários são egressos da Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e daqueles que realizam tratamento no CAPS 'Caminhos do Sol' e 'Companhia do Recomeço'. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência das atividades como bolsista de enfermagem em um Projeto de Extensão da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). **Resultados:** No decorrer das atividades desenvolvidas pela oficina do jornal tem-se observado um ambiente onde usuários sentem-se, por diversas vezes, estigmatizados pela sociedade em decorrência do uso de álcool e outras drogas; também, expressam anseios, questionamentos e experiências vivenciadas. O jornal vem sendo produzido a partir de ideias dos próprios usuários, juntamente com temas discutidos com os profissionais do CAPS e demais envolvidos na oficina, construindo a partir destes textos, poesias e desenhos que irão compor o jornal. Com o acompanhamento das atividades, observou-se uma crescente autonomia dos usuários no seu cotidiano, sendo essa expressa por seus depoimentos, revelando o gosto de participar e desenvolver atividades na oficina do jornal. Evidenciou-se o processo de retomada da cidadania dos participantes da oficina, a partir da livre expressão de ideias e convívio em grupo. Segundo relatos dos usuários a importância das atividades se reflete em suas vidas fora do momento

que estão no CAPS, onde é a cada dia aumenta a busca por independência de recursos públicos e de outros para manterem-se, assim como a retomada do convívio com a família e sociedade. Desta forma, o comprometimento com a oficina se expressa como ponto fundamental para o sucesso do projeto, pois sem a adesão ao cronograma de atividades, perde-se o foco do trabalho ali realizado. A oportunidade de um trabalho multiprofissional da enfermagem, psicologia e terapia ocupacional dentro da oficina possibilita suprir as necessidades do usuário de maneira ampla, de modo que as situações que surgem nas oficinas são analisadas com diferentes olhares, onde ideologias são postas em conflito na busca de soluções. Dentro desse contexto a oficina tem sido uma experiência inovadora em termos de cuidado em enfermagem. No convívio com os usuários além dos outros profissionais se aprende mutuamente, deslocando assim o foco curativista das ações de saúde e criando novos dispositivos de cuidado em enfermagem e saúde. **Conclusão:** A história do tratamento de dependentes químicos evidencia a necessidade de uma ação que vise o afastamento do mundo das drogas junto com uma retomada da autonomia do individuo na sociedade, sem ser estigmatizado por seu passado, oferecendo uma oportunidade de retomada ou construção de uma realidade longe do vicio. Proporcionar a possibilidade de reinserção social é o primeiro passo na reestruturação na vida do usuário, minimizando através desta, a exclusão social, a criminalidade gerada pelo processo de dependência química, bem como os custos que a manutenção do tratamento para o dependente de álcool e outras drogas trás para a sociedade. Oferecer um suporte além das paredes onde é realizada a oficina é essencial, sendo que nem todos os usuários matem a assiduidade nas atividades, esbarrando em barreiras sociais e pessoais. O método de trabalho em oficina tem mostrado ser um importante fator nessa reinserção social dos usuários através do ambiente e atividades que proporciona, tecendo a cada encontro temas e estratégias que possam contribuir para um avanço no tratamento do usuário de álcool e outras drogas, contudo a recuperação de um usuário de álcool e outras drogas transcende oficinas terapêuticas, onde o apoio e ações de governo e sociedade são necessário para um trabalho efetivo.

**Área temática:** Processos de cuidado

**Descritores:** Enfermagem; Oficina; Drogas; Álcool

**Descriptors:** Nursing; Workshop; Drugs; Alcool

**Descriptores:** Enfermería; Taller; Drogas; Alcohol

**Referencias:**

1. Souza DPO, A questão do uso e abuso de drogas no contexto da políticas sociais brasileiras, Rev. Educ. Pública, Cuiabá, v. 5, n. 8, jul./dez. 1996.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. 2005.

3. Rigotto SD, Gomes WB, Contextos de Abstinência e de Recaída na Recuperação da Dependência Química, Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Abr 2002, Vol. 18 n. 1, pp. 095-106.

4. Azevedo DM, Miranda FAN, Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares, Esc. Anna Nery (impr.)2011 Abr -Jun; 15 (2):339-345.

5. Valladares ACA, Lappann-Botti NC, Mello R, Kantorski LP, Scatena MCM. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 1, 2003.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A COMEMORAÇÃO DE DATAS FESTIVAS NO AMBIENTE HOSPITALAR: RELATO DE PROJETO DE EXTENSÃO

# THE CELEBRATION OF FESTIVE DATES IN HOSPITAL ENVIRONMENT: REPORT OF EXTENSION PROJECT

# LA CELEBRACIÓN DE LAS FECHAS DE FESTIVOS EN EL HOSPITAL: INFORME DEL PROYECTO DE AMPLIACIÓN

GRIGOLETTO, Ana Paula1
BEUTER, Margrid2
OLIVEIRA, Caroline Cirolini3
SANTOS, Pâmela Borba3
SILVA, Júlia Heinz da3
BITENCOURT, Mayara da Silva4
BRUINSMA, Jamile Laís4
JACOBI, Caren da Silva5

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista FIEX. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. anapaulagrigoletto@yahoo.com.br.
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf – Curso de Mestrado da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. margridbeuter@gmail.com.
3Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membros do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
4 Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsistas PROIC-HUSM. Membros do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
5 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da UFSM. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**Introdução:** O presente trabalho abarca um projeto de extensão que tem como finalidade oportunizar aos acadêmicos de enfermagem vivenciarem uma prática diferenciada de ação-reflexão no processo saúde-doença dos pacientes internados na Clínica Médica II do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), desenvolvendo atividades lúdicas nas principais datas comemorativas da nossa cultura com os pacientes e seus familiares. A justificativa para tal projeto é de que as atividades lúdicas desenvolvidas e implementadas, nas principais datas festivas venham resgatar o vínculo social e a individualidade do paciente trazendo lembranças e despertando sentimentos que durante a hospitalização são desconsiderados. Além destas atividades representarem uma tentativa de melhorar as

condições de saúde do internado, como proporcionar um cuidado mais humano, motivando-o para a sua reabilitação. Para corroborar com o exposto, estudo[1] retrata a importância da atividade humana na prática social, isto é, o fazer ou o operar no contexto das relações sociais. Compreende-se que isto está em consonância com a proposta do projeto de extensão aqui exposto. Também, no sentido de enaltecer a atividade lúdica desenvolvida com indivíduos hospitalizados, o lúdico representa uma qualidade do cuidado da enfermagem, que emerge como "linha de fuga" às normas instituídas pelo território hospitalar e se expressa com criatividade e sensibilidade, de diferentes modos e formas, no ato de cuidar da enfermeira.[2] Bem como, ainda considera-se que, "a atividade lúdica desenvolvida com as pessoas hospitalizadas tem a finalidade de proporcionar alegria, tranquilidade, prazer, reduzindo a ansiedade, o medo, a dor, a monotonia, a angústia inerentes às hospitalizações e ao processo de doença".[3] **Objetivos:** Relatar como são desenvolvidas as atividades propostas no projeto de extensão denominado "Utilização de componentes lúdicos na comemoração de datas festivas com indivíduos internados na clínica médica II do HUSM" e as repercussões destas atividades para os pacientes e familiares. Desse modo, faz-se necessário conhecer os objetivos propostos no projeto. O projeto de extensão apresenta como objetivo geral: relatar a comemoração das datas festivas da Festa Junina, do Dia do Amigo, do Dia dos Pais, do Dia do Gaúcho, do Dia da Criança e do Natal com os pacientes internados, seus familiares e acadêmicos de enfermagem, na Clínica Médica II do Hospital Universitário de Santa Maria, utilizando-se para tal a prática de atividades lúdicas. Os objetivos específicos do presente projeto visam: estimular a participação dos pacientes durante as comemorações observando suas condições clínicas; propiciar momentos de integração e solidariedade entre acadêmicos, equipe de enfermagem, paciente e familiares favorecendo o processo de humanização e sensibilização da assistência de enfermagem; promover momentos de alegria e descontração, capazes de auxiliar na diminuição da tensão e na angústia provocadas pelo processo de hospitalização; e, verificar junto aos pacientes internados os benefícios proporcionados pela comemoração de datas festivas. **Metodologia:** A organização das comemorações de datas festivas ocorre por meio de encontros com os membros do projeto de extensão denominado "Utilização de componentes lúdicos na comemoração de datas festivas com indivíduos internados na clínica médica II do HUSM", do qual fazem parte: uma professora coordenadora do projeto, uma bolsista, acadêmicos e mestrandas da enfermagem e convidados de outros cursos. Para comemorar cada data festiva são elaboradas propostas de implementação das comemorações, podendo incluir: confecção de materiais diversos (bandeiras, cartões, lembranças, fantoches, máscaras, fantasias, etc.), ensaios de cantos, peças teatrais, preparo de brincadeiras e jogos, aquisição de materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento das atividades (roupas, flores, doces e salgados diversos, aparelho de som, CDs, etc.) entre outros, de acordo com a data a ser comemorada e os objetivos a serem alcançados. Os custos financeiros dos materiais utilizados para cada comemoração são divididos entre os membros do projeto. As atividades lúdicas comemorativas às datas

festivas ocorrem, geralmente, no turno da tarde, iniciando às 14 horas e tem duração média de duas horas. A população abrangida por este trabalho são os membros do projeto de extensão, todos os pacientes internados na Clínica Médica II do HUSM, em condições clínicas de desenvolverem a prática de atividades lúdicas relacionadas às datas comemorativas e seus familiares, bem como a equipe de enfermagem presente durante a realização das atividades. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados e que servem para avaliar a participação dos pacientes nas atividades propostas são: a observação participante, ocorrida ao longo de todas as atividades, através de registros em diário de campo; e, a entrevista, quando é possível realizá-la, a fim de se obter o depoimento verbal dos pacientes, familiares e da própria equipe de enfermagem. **Resultados:** A partir da análise e da avaliação das atividades lúdicas realizadas com os pacientes hospitalizados e seus familiares, em duas datas comemorativas desenvolvidas no corrente ano (a da Festa Junina, ocorrida no dia 21 de junho e a do Dia do Amigo, ocorrida no dia 26 de julho), foi possível observar os efeitos benéficos gerados por estas atividades comemorativas. A Festa Junina contou com músicas típicas, execução de dança pelos componentes do projeto com a participação de alguns familiares, entrega de rapadura para cada paciente propiciando um ambiente com manifestação de risos, descontração, alegria e agradecimento. A comemoração do Dia do Amigo foi desenvolvida narrando-se um poema sobre a amizade, entrega de um arranjo de flores artesanais e bombons para cada paciente, oferecidos ao som musical da canção "Amigo" do cantor Roberto Carlos. Esta comemoração foi repleta de emoção, manifestada por lágrimas, palavras e gestos de carinho dos pacientes e familiares com os componentes do projeto. Destaca-se portanto, que em cada comemoração houve participação e motivação significativa das pessoas hospitalizadas, bem como de seus familiares, transformando-a em momentos de lazer, integração e reflexão, nos quais as adversidades causadas pelo processo de hospitalização conseguiram ficar em segundo plano, substituindo assim, os sentimentos de angústia e sofrimento por sentimentos de alegria e descontração. Neste sentido, um dos sentimentos bastante observado durante o desenvolvimento das atividades foi a motivação por parte dos pacientes. Este sentimento é muito utilizado nas obras de Freire[4], ao discorrer que a motivação é intrínseca ao ato de educar, sendo ela intimamente atrelada ao contexto e às relações nas quais o educando está inserido; desta forma, em consonância com esta categoria freireana, a motivação dos pacientes hospitalizados está atrelada ao ambiente descontraído e prazeroso proporcionado durante as atividades lúdicas desenvolvidas. **Conclusões:** Depreende-se que a prática de atividades lúdicas referentes às datas comemorativas repercute positivamente no processo saúde-doença, influenciando e estimulando a melhora dos pacientes e confortando os familiares, bem como, a atuação dos acadêmicos no projeto proporciona reflexões acerca do cuidado de enfermagem valorizando a introdução de novas práticas como o lúdico.

Á**rea temática:** Processos de Cuidado.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Emoções; Criatividade; Hospitalização.

**Descriptores**: Nursing Care; Emotions; Creativeness; Hospitalization.

**Descriptores:** Atención de Enfermería; Emociones; Creatividad; Hospitalización.

**REFERÊNCIAS**

1. Fleck L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

2. Beuter M. Expressões lúdicas no cuidado: elementos para pensar/fazer a arte da enfermagem. 2004. 183f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

3. Beuter M. Atividade lúdica: uma contribuição para a assistência de enfermagem às mulheres portadoras de câncer. Florianópolis: UFSC, 1996. 172p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

4. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 9ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: IMPLICAÇÕES PARA APRÁTICA ASSISTENCIAL DE EN-FERMAGEM.

# VIOLENCE OBSTETRICAL: IMPLICATION FOR PRACTICE NURSING CARE.

# VIOLENCIA OBSTÉTRICA: IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.

POMPEU, Kelen da Costa1
SANTOS, Juliana Pereira Goularte2
PUCINI, Juliana de Oliveira3
CORTES, Laura Ferreira4
SANTOS, JuniaraDias5
CASTIGLIONI, Críslen Malavolta6
CREMONESE, Luiza7
RESSEL, Lucia Beatriz8

1 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). kperottoni@gmail.com
2 Acadêmica de Enfermagem, UFSM.
3 Acadêmica de Enfermagem, UFSM.
4 Enfermeira Especialista, Professora Departamento Enfermagem UFSM, Mestranda Programa Pós Graduação UFSM.
5 Acadêmica de Enfermagem, UFSM.
6 Acadêmica de Enfermagem, UFSM.
7 Acadêmica de Enfermagem, UFSM.
8 Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP), Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem e do PPGEnf da UFSM, Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**Introdução:** Apesar das premissas de humanização e as políticas que envolvem o processo de parturição, a violência institucional durante esse processo tem sido muito enfocada pela sua crescente. O conceito internacional para a violência do parto ou violência obstétrica é: qualquer ato ou intervenção na gestante, parturiente ou puérpera, ou ao seu bebê, sem o consentimento da própria, desrespeitando a sua integridade psicológica, mental, sentimental e sua autonomia. Segundo dados da Fundação Perseu Abramo (2010), uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência no parto. As mais comuns, segundo o estudo, são: gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência[1]. E isto vem contribuindo muito para que o imaginário da sociedade tenha

como traumática e dolorosa a experiência do parto e nascimento. Essa opressão nas instituições de saúde tem sido combatida e desde a década de 1990, quando o movimento pela humanização do parto impulsionou as discussões acerca de mudanças na assistência ao parto e nascimento, com a criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). Ela promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto/nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade Mãe Bebê e da medicina baseada em evidências científicas[2]. O termo humanização redefine as relações humanas de assistência e revê o cuidado prestado. No parto, a humanização remete a uma multiplicidade de fatores que divergem conceitualmente e tem diferentes propostas para as modificações das práticas nas instituições de saúde. Desde 2003 existe a Política Nacional de Humanização (PNH) para então consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando os cidadãos, valorizando os indivíduos durante o processo de saúde, estimulando a autonomia e protagonismo dos sujeitos, bem como a corresponsabilidade entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários[3]. O interesse pelo tema decorre da trajetória acadêmica dos autores que, por diversas vezes, em seus locais de campo prático de estágio supervisionado na Saúde da Mulher -Unidade de Internação e Centro Obstétrico de um Hospital Universitário e Unidade Básica de Saúde do Município de Santa Maria-RS-observaram cenas que erpério sobre outros abusos como: toques vaginais constantes, exames com a porta aberta e com pessoas demais na sala, episiotomia sem motivo explicado, uso de ocitocina sintética, impedimento de acompanhante na internação, privação do contato com o bebê imediatamente após o parto, etc. Presenciou-se então, a falta de humanização com as usuárias dos serviços de saúde em processo de parturição, o que caracteriza a violência obstétrica contra estas mulheres. Diante desta realidade, repensou-se como acadêmicos de enfermagem, que este tema deve ser mais debatido ainda na academia, para que se sejam identificadas as práticas abusivas nas instituições em que irão atuar como enfermeiros para que então, possam intervir e formular planos de ação para que este paradigma seja transformado. E desta maneira, poder ir ao encontro do preconizado nas políticas públicas dirigidas à humanização do nascimento. **Objetivos:** Este relato de experiência objetiva refletir sobre a violência sofrida pelas mulheres no processo de parturição e suas implicações na prática assistencial de enfermagem. Pretende-se apontar que é possível lançar mão das Políticas de Humanização já preconizadas para que a assistência seja mais digna em um momento tão importante na vida de uma mulher. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, acerca da prática do estágio supervisionado do 6º semestre da Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Inicialmente foi certificado o interesse de todos os integrantes pelo assunto, bem como o entendimento prévio destes sobre violência e humanização na obstetrícia, para que então a identificação e a reflexão sobre o tema fossem debatidas. **Resultados:** A partir destas vivências nos campos de estágio, foi possível refletir sobre a prática de enfermagem na assistência durante o processo de parturição e repensar métodos para melhorar este cenário por meio de nossas atitudes enquanto acadêmicos de

enfermagem e futuramente como enfermeiros, profissionais à frente do serviço e comprometidos com o processo de humanização. Sabemos que a violência institucional, por vezes, é velada, expressa em pequenos detalhes como frases, gestos, normas, proibições que são constituintes da arquitetura de um sistema assimétrico e agressivo. Esta deixa marcas por toda vida e está sendo, cada vez mais, desvelada em função de movimentos pró-humanização[4]. Aponta-se a necessidade de o enfermeiro suprimir tais vulnerabilidades e legitimar o direito das mulheres na assistência ao nascimento, devendo a assistência não violentar e sim informar as usuárias para que conheçam seus direitos como modo de empoderamento. Também entendemos que a humanização do nascimento não representa um retorno romântico ao passado e também não significa uma desvalorização da tecnologia, mas ela realça a determinação, a autonomia e a liberdade das mulheres. É relacionado ao movimento filosófico chamado *humanismo*, que, contrapondo-se ao teocentrismo da idade média, coloca o ser humano em destaque e oferece a ele protagonismo de seu destino. Sempre que os valores econômicos, corporativistas, profissionais ideológicos ou religiosos venham a ter mais valor que as escolhas da mulher sobre seu próprio corpo, os ideais humanistas se fazem mais necessários4, tornando-se fundamental que o enfermeiro esteja atento aos atos praticados no seu ambiente de trabalho e proponha ações educativas e que coíbam este tipo de prática. O atendimento nas maternidades brasileiras não pode continuar sendo caracterizado por: fala grosseira, abandono, negligência, ofensa moral, não ter paciência, gritar, empurrar, não dar informações à paciente e tratá-la com indiferença, realizar exames ou procedimentos sem consentimento, inadequada ou desrespeitosamente, discriminação por condição social ou cor e a violência física[5]. Sob esta ótica, deve-se repensar o papel do enfermeiro nestes serviços de saúde como um profissional que tem responsabilidade de tentar modificar esta situação, por meio da conjunção com a equipe de enfermagem baseando-se nas necessidades e anseios da mulher. **Principais Conclusões:** O profissional enfermeiro tem um papel significativo a desempenhar, em função de estar direta e diariamente exercendo o cuidado com as gestantes usuárias dos serviços de saúde. Para isso, necessita saber investigar e identificar os casos de violência obstétrica, abordar corretamente, agir coordenadamente com outros profissionais e traçar intervenções eficazes para cada caso. Diante destas percepções em campo prático, vivenciaram-se diversas formas de violência obstétrica, e entendeu-se que essas ações não deverão ser reproduzidas. Então, buscou-se refletir sobre esse tema para atender as mulheres segundo a Política Nacional de Humanização ao Parto e Nascimento. Acreditamos que este relato de experiência trará repercussões sobre a postura dos profissionais envolvidos no processo de parturição, contribuindo para a melhoria do atendimento, proporcionando também ações para o empoderamento às mulheres a respeito de seus direitos assegurados pela legislação brasileira, com o objetivo de evitar a violência obstétrica na prática assistencial.

**Área Temática:** Processo de Cuidado

**Descritores Portugûes:** Violência; Assistência de Enfermagem; Humanização da Assisência.

**Descriptors:** Violence; Nursing Care**;** Humanization of Assistance.

**Descriptores:** Violencia; Atención de Enfermería; Humanización de la Atención.

**REREFÊNCIAS**

1. Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado 2010. [S. l.]: SESC, 2010. [acesso em25jun2013] Disponível em: http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf.

2. Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento [homepage na internet]. [acesso em 03jun2013]. Disponível em: http://www.rehuna.org.br/.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização do Pré Natal e Nascimento. Brasília, DF; 2004.

4. Jones RH. Entre as orelhas. Histórias de parto. Porto Alegre: Ideias a Granel; 2012.

5. Aguiar JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. São Paulo. Tese

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS NA INFÂNCIA: UM ESTUDO DE REVISÃO

# ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN THE EARLY INFANCY: A STUDY OF REVIEW

# INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA INFANCIA: UN ESTUDIO DE REVISIÓN

SILVEIRA, Andressa da[1]
NEVES, Eliane Tatsch[2]
BUBOLTZ, Fernanda Luisa[3]
CARVALHO, Janete Severo de[4]
SOUZA, Neila Santini de[5]
ANDOLHE, Rafaela[6]

1 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). E-mail: andressadasilveira@gmail.com
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
3 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
4 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA).
5 Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem do Doutorado Interinstitucional promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIFESP/UFRJ/UFSM – DINTER Novas Fronteiras. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).
6 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEUSP. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

**Introdução:** As doenças respiratórias tornaram-se a principal causa de mortalidade infantil a partir do século XX, com motivos associados à falta de conhecimento durante os primeiros sintomas, às más condições de saúde e à adoção de medidas inadequadas durante o tratamento[1]. As infecções respiratórias agudas (IRAs) caracterizam-se pela presença de hipertemia, tosse, cansaço, taquipneia. A criança pode apresentar agitação, dificuldades de socialização devido ao tratamento de saúde. Além disso, as IRAs são responsáveis pelas altas taxas de internações pediátricas. Em 2010, ocorreram 1.450.653 internações por doenças do aparelho respiratório no Brasil, com um impacto importante na faixa etária pediátrica, sendo internadas 664.203 crianças menores de 14 anos[2]. No Brasil, as taxas de mortalidade infantil, apesar de ainda elevadas, têm apresentado reduções importantes nas

últimas décadas. Nas crianças menores de um ano, os óbitos são ocasionados por doenças do sistema respiratório. Durante as hospitalizações de crianças entre um a quatro anos de idade, as estimativas chegam a 51%[3]. No estado do Rio Grande do Sul (RS) a taxa de mortalidade infantil de crianças menores de cinco anos por infecções respiratórias representa 5,2%. Frente esses achados torna-se primordial desenvolver atividades de cuidado e promover práticas educativas com as crianças e seus familiares, considerando que o processo de cuidado é extensivo ao espaço domiciliar. Além disso, a família torna-se célula fundamental na manutenção desses cuidados, portanto, a enfermagem deve atuar junto aos familiares de crianças com IRAs, considerando que a presença da doença aguda interfere diretamente no cotidiano da criança e de sua família[4]. O presente estudo justifica-se pela identificação das produções científicas a fim de dar visibilidade ao que já foi produzido e publicado sobre essa temática, apresentando os resultados principais e as possíveis lacunas na produção do conhecimento. Diante disso, questionou-se: qual a tendência na produção científica no espaço temporal de 2002 a 2012 sobre as infecções respiratórias agudas na infância. **Objetivo:** Analisar as produções científicas da área da saúde a cerca das infecções respiratórias agudas na infância. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, composta por seis etapas: elaboração da questão norteadora da pesquisa, seleção dos descritores para a busca nas bases de dados, categorização dos resultados e o preenchimento do quadro sinóptico, leitura e avaliação dos estudos selecionados por meio de análise temática, interpretação por meio de discussões e contribuições para estudos futuros e por fim apresentação da revisão integrativa[5]. A revisão foi realizada no primeiro semestre de 2013 nas bases de dados de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e a Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Utilizaram-se os descritores "doenças respiratórias" e "saúde da criança", foram excluídas teses, dissertações, monografias, capítulos de livros, manuais e artigos que não disponibilizavam o texto completo para leitura, totalizando 14 produções para análise temática. Surgiram duas categorias temáticas denominadas "Atenção à criança portadora de doenças respiratórias" e "Fatores de risco para doenças respiratórias" que foram discutidos com literatura pertinente ao tema. **Resultados:** As produções científicas enfatizaram a importância do cuidado de enfermagem às crianças com doenças respiratórias, a necessidade de trabalhar as práticas educativas e a conscientização das famílias para o cuidado da criança no domicílio[4]. A atenção à criança com doença respiratória exige dos familiares constante atenção considerando que o adoecimento interfere no cotidiano da criança e na adoção de novos hábitos de saúde[1]. Em alguns casos as IRAs podem levar a hospitalização, nesses episódios faz-se necessário uma atenção especializada não somente da equipe de enfermagem mas da equipe interdisciplinar. Quanto aos fatores de risco para as doenças respiratórias agudas, os artigos trouxeram o tabagismo passivo, a poluição ambiental, as más condições de higiene e baixa perspectiva de qualidade de vida[5]. Crianças filhos de pais adolescentes também estariam mais expostas às doenças respiratórias já que o nível sociocultural e o entendimento são fatores que

interferem no cuidado da criança e nas novas posturas que devem fazer parte do dia a dia da criança. As produções enfatizaram ainda, que a região onde as crianças nasceram pode ter relação direta com a doença respiratória aguda. As diferenças regionais, e a desigualdade em saúde estão associadas às diversificadas populações e grupos socioeconômicos distintos[1]. Os fatores de risco associados aos óbitos de crianças menores de cinco anos de idade por doenças respiratórias estão evidenciadas nas regiões Sul e Sudeste do País por motivos relacionados ao clima, à poluição e às aglomerações urbanas. **Conclusões:** A assistência à saúde da criança com doença respiratória aguda é fundamental para o processo de recuperação. A família tem importante papel no desenvolvimento dos cuidados domiciliares, e na continuidade do tratamento e adoção de medidas preventivas que evitem doenças respiratórias repetitivas. O estudo revelou que os fatores socioeconômicos podem ser um agravante no processo de saúde-doença, e que o entendimento da doença e adesão do tratamento correto podem prevenir maiores agravos à saúde. Quanto às subáreas profissionais, percebeu-se a ênfase na enfermagem, medicina e na equipe interdisciplinar o que denota a importância do trabalho em equipe e a evidência nos achados científicos das diversas classes profissionais produzindo conhecimentos sobre a temática. Os fatores ambientais e as demandas específicas de cada região do país também contribuem para o aparecimento das IRAs. No que tange as lacunas observadas no estudo, percebeu-se a necessidade de estudos que tragam o posicionamento do profissional de saúde frente às práticas assistências às crianças com IRAs, a presença de artigos que não disponibilizavam a versão completa gratuita para leitura. Além disso, percebeu-se que os estudos não trazem a percepção do cuidador diante das IRAs mas que o familiar cuidador é fundamental principalmente no pós-alta hospitalar. Diante do exposto acredita-se que trabalhar com as famílias de crianças portadoras de doenças respiratórias agudas é emergente na enfermagem, assim como trabalhar na perspectiva da educação para a saúde e empoderamento para que o familiar tenha autonomia no processo de cuidado da criança, a fim de que o cuidado prestado à criança seja processual e contínuo da extensão hospitalar para o espaço domiciliar.

**Área temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Enfermagem; Saúde da Criança; Doenças Respiratórias.

**Referências:**

1. Silva MDB, Paiva MB, Silva LR, Nascimento MAL. Doença respiratória aguda na criança: uma revisão integrativa. Rev Enferm UERJ. 2012; 20(2):260-6.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde epidemiológicas e morbidade. Indicadores de Morbidade Hospitalar do SUS por Internação. 2008. [acesso em 2013 jul 31] Disponível em: http://www.datasus.gov.br

3. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade Infantil: Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade. Capítulo C, p. 128, 2007.. Diagnóstico Local de Saúde: Município de Uruguaiana. Mortalidade Infantil.

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

5. Matos LN, Barretto EA,Teixeira EM, Harbache LMA, Griep RH.. Mortalidade Infantil no Município do Rio de Janeiro. Rev Esc Anna Nery. 2007; 11(2):283-88.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# INVISIBILIDADE SOCIAL DAS CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS FAMILIARES

# INVISIBILITY SOCIAL NEEDS OF CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF RELATIVES

# INVISIBILIDAD NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD DE LOS NIÑOS CON ESPECIAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS FAMILIARES

SILVEIRA, Andressa da1
NEVES, Eliane Tatsch2
BUBOLTZ, Fernanda Luisa3
CARVALHO, Janete Severo de4

1Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). E-mail: andressadasilveira@gmail.com
2Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Curso de Graduação e Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
3Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
4Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA).

**Introdução:** As Crianças com Necessidades Especiais de Saúde – CRIANES constituem uma clientela emergente, representando um desafio para os profissionais de saúde. Tais necessidades especiais podem requerer particularidades de cuidados, classificados como de desenvolvimento, tecnológicos, medicamentosos e/ou habituais modificados[1]. Tornando imprescindível a atenção dos profissionais de saúde para as necessidades da CRIANES e sua família, a fim de que haja continuidade nos cuidados requeridos por essas crianças no âmbito domiciliar. O cuidado domiciliar é um desafio para os familiares cuidadores de CRIANES, considerando que estes precisam contar com a presença de uma rede social e institucional que fomente as relações interpessoais e que envolva as interações entre os diferentes tipos de cuidadores, profissionais da saúde e familiares. A rede social contempla as relações familiares, as relações de convívio e amizade, além dos serviços que a criança demanda. Já a rede institucional é composta pela pluralidade de serviços de saúde que assistem a CRIANES[2]. A rede social influencia na formação da identidade do indivíduo, refletindo na maneira como este sujeito enfrenta os desafios e se adapta em situações de crise[3]. Deste modo, o universo da CRIANES e de seus familiares acaba restrito as relações familiares mais próximas. Muitas vezes as crianças não encontram espaços na sociedade, comprometendo a vida social da criança e do familiar cuidador que acaba abnegando seus

desejos pessoais em prol da prática de cuidado domiciliar[4]. Assim, o processo de cuidado desenvolvido pela enfermagem deve contemplar as necessidades individuais de cada indivíduo, respeitando os aspectos sociais e culturais das famílias que desempenham cuidados na extensão domiciliar a CRIANES, visando uma aliança de saberes efetiva. Diante dessas premissas questionou-se: de que forma o familiar cuidador desenvolve cuidados às crianças com necessidades especiais de saúde. **Objetivo:** Descrever o processo de cuidado desenvolvido no ambiente domiciliar por familiares cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória realizada em uma unidade de internação pediátrica de um hospital de ensino da região central do estado do Rio Grande do Sul. Para a produção dos dados da pesquisa utilizou-se o Método Criativo e Sensível (MCS) por meio das Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade, a dinâmica Corpo Saber, a fim de resgatar o processo de cuidado desenvolvido no âmbito domiciliar, por meio da questão geradora de debate: "Como você cuida de seu filho com necessidades especiais de saúde em casa?". E a dinâmica Costurando Estórias, com a finalidade de socializar o cotidiano dos familiares/cuidadores de CRIANES, onde os sujeitos responderam à seguinte questão: "Conte-me de que forma você aprendeu a cuidar deste filho em casa?". O MCS propicia um espaço de discussão coletiva, em um entendimento dialógico, dialético e plural, onde o grupo ultrapassa a condição de objeto para a de sujeito na pesquisa[5]. Os sujeitos de pesquisa foram 10 familiares cuidadores de CRIANES, dentre eles sete mães, dois pais e uma tia. Como critérios de inclusão: familiares cuidadores de CRIANES internadas na UIP no período de produção dos dados que já tivessem desenvolvido cuidados domiciliares à criança. Os dados foram submetidos à análise de discurso (AD), em sua corrente francesa, esse tipo de análise serve para dar movimento ao texto, possibilitando ao leitor compreender as falas dos sujeitos por meio de recursos ortográficos e das ferramentas analíticas: metáfora, paráfrase e polissemia. No terceiro momento ocorre à interpretação com a identificação dos temas e subtemas que originaram as categorias analíticas. O estudo teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob número de protocolo: 0318.0.243.000-10. **Resultados:** A invisibilidade social da CRIANES está presente na enunciação dos familiares cuidadores, no cotidiano da criança que não encontra espaços na rede social. Para os pais das CRIANES o processo de inclusão social das crianças é complexo devido à sua fragilidade clínica e muitas vezes, devido à dependência de um suporte tecnológico. Dessa forma, os familiares cuidadores acabam convivendo com o inesperado. Além disso, os familiares são responsáveis pela mediação para tentar amenizar as situações de sofrimento e preconceito que a criança sofre. A desarticulação da rede institucional também foi constatada, na percepção dos familiares os serviços de saúde da atenção primária são pouco resolutivos e eles acabam recorrendo ao hospital. Os pais acreditam que fora do ambiente hospitalar as pessoas não estão preparadas para conviver com as crianças dependentes de tecnologia. Os familiares reforçaram que o tipo de atendimento recebido faz a diferença, e que ser acolhido nos serviços de saúde é um

fator para a adesão ao tratamento e continuidade dos cuidados. A demora e a dificuldade de conseguir-se um diagnóstico médico para a criança, bem como o longo trajeto percorrido pelos familiares cuidadores de CRIANES, caracterizam a dificuldade de acesso aos serviços. **Conclusões:** Embora o familiar cuidador seja o principal responsável pelo desenvolvimento do cuidado à CRIANES, essa família precisa encontrar suporte nas redes de apoio no pós-alta hospitalar. Pelo discurso dos familiares cuidadores, o serviço de referência e contrarreferência não estabelece uma conexão direta, ou seja, não funciona como deveria. O serviço primário desconhece a clínica da criança, que, entre idas e vindas do pronto atendimento ao domicílio, apresenta complicações ainda mais significativas. O despreparo dos profissionais de saúde frente aos achados clínicos para informar sobre o diagnóstico da CRIANES aos cuidadores familiares é outro fator relevante. Diante dessa problemática as famílias procuram meios alternativos para viabilizar o cuidado da criança. Frente ao exposto, pode-se considerar que o fato de a CRIANES possuir uma necessidade especial de saúde faz com que a criança e a sua família lutem pela sobrevivência e para que essa criança encontre espaços na sociedade, que não possui uma rede de suporte articulada para assisti-la.

**Área temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Apoio Social; Saúde da Criança; Família; Enfermagem.

**Referências:**

1. Neves ET, Andres B, Silveira A, Arrué AM. A rede social de cuidados de uma criança com necessidade especial de saúde. Rev Eletr Enf. 2013; 15(2):533-40.

2. Zamberlan KC, Neves ET, Silveira A. Rede institucional de cuidados à criança com necessidades especiais de saúde. Rev Enferm UFPE online. 2012; 6(5):1015-23.

3. Sluzki CA. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

4. Neves ET, Cabral IE, Silveira A. Family network of children with special health needs: implications for Nursing. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013; 21(2):562-70.

5. Cabral IE. O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: Gauthier JHM. et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.177-203.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# EXPERIENCIA DA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO EM UM HOSPITAL GERAL

# EXPERIENCE THE IMPLEMENTATION OF THE PROTOCOL FOR THE PREVENTION OF PRESSURE ULCERS IN A GENERAL HOSPITAL

# EXPERIMENTAR LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN HOSPITAL GENERAL

ANDRIGUE, Karen Cristina Kades 1
ZUNKOWSKI, Tânia Maria Tacca2

1Enfermeira. Especialista em Educação Profissional na Área da Saúde. Enfermeira do Serviço de Educação Permanente em Enfermagem, Coordenadora da Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele do Hospital Regional do Oeste de Chapecó/SC. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. E- mail: karenandrigue@hotmail.com
2Enfermeira. Especialista em Infecção Hospitalar. Saúde Pública e Docência em Nível Superior. Diretora de Enfermagem do Hospital Regional do Oeste Chapecó/SC. Membro das Comissões de Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele, Controle de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde e Educação Permanente. E-mail: genfermagem@hro.com.br

**Introdução:** Uma conseqüência comum resultante da permanência em hospitais é o aparecimento de lesões de pele[1]. Diante a esta preocupação e a necessidade de consonância com Portaria n°529 de 01 de abril de 2013, a qual instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, propondo que sejam validados protocolos de segurança e dentre estes a prevenção de úlceras de pressão, os hospitais vem buscando formas de prevenção[2]. Sendo as úlceras de pressão definidas como lesões localizadas na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção[3-4]. Contudo, para que estas sejam evitadas é necessária a adoção de medidas de cuidado que podem garantir que a pele se mantenha íntegra[1-3-4]. Desta forma, o hospital deste estudo localizado na região oeste de Santa Catarina, com 274 leitos e com uma média mensal de ocupação de 96 %, preocupado com o exposto constituiu sua Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele. Elaborou o protocolo interno de prevenção, implantado em agosto de 2012, capacitando e instrumentalizando a equipe multiprofissional. A construção, execução e manutenção do protocolo demonstraram relevância, já que o mesmo se aplicou como instrumento de informações cientifica o que possibilitou o estabelecimento de parâmetros a serem seguidos pela instituição[4]. **Objetivos,** avaliar o protocolo interno de prevenção de lesões de pele e divulgar os resultados obtidos. **Metodologia,** estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados através da analise documental sistemática das fichas

de avaliação e acompanhamento de pacientes em protocolo. O instrumento da coleta de dados foi registrado pelos enfermeiros da instituição avaliando risco, condições da pele e medidas utilizadas. Na alta do paciente a segunda via da ficha foi encaminhada a comissão. Onde foram quantificadas, através de roteiro pré-definido. O número de internações e custos financeiros foi obtido através do banco de dados, da instituição. Os registros estudados compreendem o período de janeiro a junho de 2013. Os procedimentos utilizados durante o desenvolvimento do estudo seguiram os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme a legislação brasileira e mediante autorização da instituição. **Resultados,** com a média mensal de 1443 internações e destas 383 pacientes acompanhados, a inclusão no protocolo se deu mediante a aplicação de critérios pré-definidos, sendo estes extremos de idade (maiores de 65 e menores de cinco anos), acamados e ou com mobilidade comprometida, emagrecidos, obesos, ostomizados, portadores de lesões de pele, ou sempre que a necessidade de acompanhamento for avaliada pelo enfermeiro. A adoção de critérios de inclusão em protocolo de prevenção se justifica, pois as úlceras de pressão não ocorrem em pessoas saudáveis, uma vez que a pressão prolongada e a isquemia, ao provocarem desconforto fazem com que a pessoa se movimente em busca de alivio, mesmo que em sono profundo[4]. A sistematização do cuidado se deu mediante entrevista com o paciente e avaliação sistemática da pele, com a aplicação da escala preditiva Braden ou Braden Q, as quais definiram a classificação em risco baixo, moderado e elevado, sendo a mesma reaplicada a cada 72 horas. Para adultos foi utilizada a Escala de Braden e para crianças foi utilizada a Escala de Braden Q, elas identificam os fatores preditivos e quantificam o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, dando subsidio para a analise e determinação de medidas apropriadas[4]. Após a avaliação inicial o enfermeiro realiza a prescrição de enfermagem, descrevendo cuidados de higienização e hidratação da pele, pois uma hidratação cutânea adequada possibilita que o conteúdo de água na epiderme seja mantido e que a barreira epidérmica siga intacta[4]. Foi utilizado um hidratante hipoalergênico; sem corante; não gorduroso e de rápida penetração, contendo dermoprotetores, como *panthenol* agente umectante com baixo peso molecular que atrai água e *alantoina* substância botânica cuja ação na pele seca é antiinflamatória[5]. Para proteger a pele na região das fraldas, da exposição à umidade excessiva foi utilizado creme protetor de barreira. Sendo estes, muito importantes já que as propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pele presença de umidade assim como sua função de regulação de temperatura[4]. Utilizou-se ainda no manejo, mudanças de decúbito e reposicionamento de 2/2 horas, devendo a mudança de decúbito ser executada para reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo[3-4]. Foram utilizados ainda superfícies de apoio nos calcâneos, mantendo estes afastados da cabeceira da cama, e o uso de uma almofada em baixo das pernas para mantê-los flutuantes[3]. Ainda foram prescritas medidas preventivas para fricção e cisalhamento, como manter cabeceiras a 30o, utilização de forro móvel ou dispositivo de elevação para mover pacientes durante transferência e mudança de decúbito. Quanto aos custos operacionais se considerando

somente produtos de utilização tópica foram gastos em média R$2,8 reais por paciente/dia. Quanto às úlceras de pressão, a incidência média foi de 2,43%. **Conclusões**, a avaliação e discussão dos dados coletados demonstraram a aplicabilidade do protocolo elaborado pela instituição, bem como avaliou o mesmo como prática eficaz. Mesmo se considerarmos os 2,43 % de incidência de úlceras, veremos que o mesmo atinge uma média considerada aceitável, como a verdadeira dimensão do problema, ou seja, o real número de pacientes com úlceras de pressão no Brasil, ainda é desconhecida, visto que o registro do agravo e a obtenção da taxa de incidência ainda são pouco freqüentes[4]. Contudo comparando o dado estimado pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) a incidência de úlceras de pressão em hospitais é de 7%. Considerando que a iniciativa de implantação do protocolo ocorreu através da capacitação dos colaboradores, podemos considerar esta como dada fundamental ao sucesso da implantação do mesmo, pois prevenir as úlceras de pressão depende de uma habilidade clínica de avaliar o risco e assim programar condutas preventivas. Conhecer e entender as causas das úlceras de pressão e os fatores de risco para o seu desenvolvimento, permitem a toda equipe de saúde implementar ações efetivas de prevenção e tratamento[1-3-4]. Quanto ao registro das informações, que segue de forma fidedigna e sistemática na instituição, observa-se que uma documentação meticulosa é essencial para acompanhar a evolução do indivíduo e para ajudar a comunicação entre os profissionais[3]. Quanto aos custos financeiros, os mesmos justificam-se já que o tratamento de uma úlcera além de aumentar as taxas de permanência das internações e às vezes até as taxas de mortalidade pode chegar a US$ 700,00. Desta forma, mesmo não havendo um parâmetro prévio a implantação do protocolo o mesmo vem se mostrando extremamente eficaz mantendo o hospital abaixo dos índices internacionalmente relatados. Quanto ao registro de dados se observou a falta da quantificação de pacientes de acordo com o risco, a estes atribuídos e se sugere que este passe a ser estratificado para que possa se avaliar a efetividade das medidas de acordo com os grupos de risco.

**Área temática:** Processos de Cuidado.

**Descritores:** Úlcera de Pressão; Segurança do Paciente; Limitação de Mobilidade; Cuidados de Enfermagem; Protocolos.

**REFERÊNCIAS**

1 Albert Einsten – Sociedade Beneficiente Israelita - Integridade da Pele: avaliação, manutenção e manejo das complicações [acesso em 2013 jul 4]. Disponível em: http://proqualis.net/ulcera/?id

2 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente (PNSP). Diário Oficial [da] República Federativa do

Brasil. 2013 abr. 15 [acesso em 2013 jul 4]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013

3 Guidelines Internacionais Úlceras de Pressão. Guia de referência rápida – Prevenção. [acesso em 2013 jul 4]. Disponível em: Alveshttp://gaif.net/sites/default/files/Guideline_Prevencao_da_UP

4 Domanski RC, Borges EL, Chimentão DMN, Fernandes FP, Peres GRPP, Pulido KCS et al. Manual de Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações Baseadas em Evidencias. Rio de Janeiro: Rubio;2012.

5 Pires, MC. Produtos para manter a pele saudável. I Painel Latino Americano de Cuidados com a pele infantil. [acesso em 2013 jul 4]. Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?start=20

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E HIV/AIDS EM IDOSOS

# PERCEPTIONS OF NURSING TEAM ON SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES AND HIV/AIDS IN THE ELDERLY

# PERCEPCIONES DE ENFERMERÍA DEL EQUIPO EN LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH / SIDA EN LAS PERSONAS MAYORES

KISTER, Danimara Rocheli Iauer1
LEITE, Marinês Tambara2

1 Autora/Relatora do trabalho. Acadêmica de graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista não-remunerada PET/Enfermagem UFSM/Campus Palmeira das Missões. E-mail: danimarakister@yahoo.com.br.
2 Orientadora do Trabalho. Enfermeira, Dra. em Gerontologia Biomédica. Professora da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br.

**Introdução:** O envelhecimento populacional tem sido visto como um fenômeno natural e proeminente, incapaz de reconhecer fronteiras. Mundialmente, a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos está crescendo mais rapidamente que qualquer outra faixa etária[1]. No Brasil, a realidade não é diferente, uma vez que esse fenômeno, também, vem ocorrendo de forma acentuada em todo o território nacional. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o crescimento do número de pessoas idosas no período de uma década foi marcante. No ano de 2001, a população idosa era representada por 15,5 milhões de pessoas, aproximadamente 9,0% da população total. Em 2011, esse segmento populacional já representava 12,1% dos cidadãos brasileiros, totalizando em 23,5 milhões de pessoas[2]. O fenômeno do "agrisalhamento" populacional pode ser explicado de duas formas: pelo declínio das taxas de fertilidade e pelo aumento da longevidade. Esse fato é, sem dúvida, um indicativo de que mudanças significativas estão sendo vivenciadas nos serviços de saúde e, também, na maneira de produzir saúde e qualidade de vida[1]. Nesse cenário, questões relacionadas ao envelhecimento demográfico e à saúde da pessoa idosa têm se constituído em preocupações relevantes para o Ministério da Saúde brasileiro[3], embora este tem investido gradativamente, por meio de políticas e ações em saúde, na manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida das pessoas longevas. Neste sentido,

não é mais novidade dizer que pessoas idosas estão vivendo mais e melhor. Tendo em vista esse contexto, torna-se relevante abordar aspectos da saúde e bem estar da pessoa idosa, porém deve-se considerar, também, as questões relativas à vivência da sexualidade que, quando não compreendida, pode por em risco a integridade da saúde. Atualmente, tem-se observado mudanças importantes no padrão comportamental de algumas pessoas idosas, entre elas a sexualidade, que está sendo discutida e vivenciada de modo diferenciado. Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, socialmente e fisicamente ativas, que antes se mantinham em posição de inatividade e abdicação de sua sexualidade, estão passando para uma situação de pleno exercício de seus desejos e interesses em termos de função sexual[4]. O aumento da prática sexual entre a população idosa associada ao não uso de barreiras protetoras como, por exemplo, preservativos, também tem se constituído em preocupações para o Ministério da Saúde, pois o número de casos de pessoas idosas infectadas com DSTs/HIV/AIDS tem se elevado consideravelmente nos últimos anos[3]. Nessa perspectiva, pode-se dizer que as pessoas idosas constituem um grupo vulnerável para DST e HIV/AIDS, visto que muitas delas desconhecem a etiologia dessas doenças e, frequentemente, expõem-se a situações de risco. **Objetivos:** Analisar a percepção que os profissionais da equipe de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família têm acerca da sexualidade na terceira idade. Identificar que ações de promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados a doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS eles desenvolvem junto a esse estrato populacional. **Metodologia:** Para atender os objetivos propostos, este estudo delineia-se como descritivo e de abordagem qualitativa. O estudo será realizado em um município localizado na região norte do Rio Grande do Sul, em que o cenário específico do estudo será os serviços de saúde, mais precisamente as Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Farão parte do estudo os profissionais que compõe a equipe de enfermagem das Unidades de ESF, ou seja, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Como critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa têm-se: idade igual ou superior a 18 anos, estar trabalhando no serviço de saúde no momento da coleta de dados e estar há mais de três meses desenvolvendo atividades no local. A coleta dos dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada, em forma de roteiro com perguntas abertas e fechadas. Todas as entrevistas serão gravadas em formato mp3, para melhor fidedignidade dos dados coletados e, após, serão transcritas na íntegra. Como critério de número de participantes na pesquisa tem-se a saturação dos dados. Os dados serão analisados de acordo com os preceitos da análise de conteúdo. Este estudo será realizado respeitando as normas da Resolução 196, 10 de outubro de 1996, sendo que o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, parecer consubstanciado número 329.232/13. **Resultados:** O presente estudo trata-se de nota prévia, uma vez que a pesquisa ainda encontra-se na fase de coleta dos dados. Entretanto, espera-se a partir da realização desta, conhecer a percepção que os profissionais da equipe de enfermagem têm acerca da sexualidade e HIV/AIDS em pessoas idosas. A partir dai proporcionar maior sensibilização a estes e demais profissionais da área da saúde

no que se refere à abordagem dessas temáticas na terceira idade, pois frente à sociedade atual, ainda são comuns tabus, estigmas e sentimentos de incompreensão diante das manifestações afetivas e sexuais das pessoas longevas. Ainda, espera-se que os resultados obtidos possam fomentar o compromisso e a responsabilidade dos profissionais e serviços de saúde para que estes direcionem seus olhares e ações em saúde também para a problemática das DSTs e HIV/AIDS em pessoas idosas, visto que tais morbidades encontram-se em constante crescimento entre o contingente populacional de idosos. **Conclusão:** Devido à transição demográfica vivenciada na sociedade contemporânea, cada vez mais pessoas estão tendo o privilégio de chegarem de forma mais ativa à terceira idade. Desse modo, profissionais da equipe de enfermagem e demais profissionais da área da saúde precisam estar aptos para acolher a pessoa idosa, deixando-a se expor sobre seus medos e anseios, principalmente se estes estiverem voltados à sua sexualidade, tema ainda complexo para ser abordado em decorrência dos estigmas, tabus e preconceitos existentes em torno dele. Acreditar que uma pessoa, ao atingir a terceira idade volta a ser criança e deixa de ter sexualidade é um equívoco que pode camuflar a realidade das pessoas idosas[5] e dificultar o desenvolvimento de ações assistenciais e educativas, que visam a promoção de sua saúde e prevenção de agravos. A manutenção da atividade sexual de forma desprotegida entre a população idosa os expõe a riscos, por vezes desnecessários, que podem interferir na integridade de sua saúde. Embora os números ainda sejam pouco expressivos comparados com segmentos populacionais mais jovens, enfermidades como as DSTs/HIV/AIDS tiveram crescimento significativo entre a população idosa. Assim, considera-se de suma importância que os profissionais da área da saúde, tenham e busquem cada vez mais conhecimentos sobre a sexualidade da pessoa idosa, DSTs e HIV/AIDS, pois o direcionamento e a qualidade das ações de saúde, sejam elas promocionais ou preventivas se darão, principalmente, pela forma de como o profissional encara essa questão.

**Área temática:** Processo de Cuidado.

**Descritores:** Sexualidade; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Equipe de Enfermagem; Saúde do Idoso.

**Descriptors:** Sexuality; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Sexually Transmitted Diseases; Nursing Team; Health of the Elderly.

**Descriptores:** Sexualidad; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Enfermedades de Transmisión Sexual; Grupo de Enfermería; Salud del Anciano.

**Referências:**

1. Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008.

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2012.

3. Brasil. Saude do idoso. Sexualidade. 2010. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-idoso/sexualidade>. Acesso em: 01 ago. 2013.

4. Ubessi LD, Leite MT, Maboni DJF. A sexualidade vivenciada por idosos residentes em instituição de longa permanência sob a perspectiva da promoção da saúde. "In": Dallepiane LB. Envelhecimento humano: Campo de saberes e práticas em Saúde Coletiva**.** Ijuí: Ed. Unijuí; 2009. 267- 304.

5. Pascual CP. A sexualidade do idoso vista com novo olhar. Edições Layola: São Paulo; 2002.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: UMA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

# THERAPEUTIC SINGULAR DESIGN: AN EXPERIENCE IN HEALTH CARE IN FAMILY HEALTH STRATEGY

# PROYECTO TERAPÉUTICO SINGULAR: UNA EXPERIENCIA DE CUIDADO DE SALUD EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

KISTER, Danimara Rocheli Iauer 1
SARZI, Diana Mara 2
DAANDELS, Nadieli 2
DAL'PAI, Sandra 2
GEHLEN, Rubia Geovana Smaniotto 3
BORTOLI, Vanessa da Silva 3
LIMA, Fabiane de 4
LINCK, Caroline de Leon 5

1 Autora/Relatora do trabalho. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista não-remunerada PET/Enfermagem UFSM/Campus Palmeira das Missões. E-mail: danimarakister@yahoo.com.br.
2 Coautoras. Acadêmicas de graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões/RS.
3 Coautoras. Acadêmicas de graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsistas PET/Enfermagem UFSM/Campus Palmeira das Missões.
4 Coautora. Enfermeira graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões/URI – Campus Santo Ângelo.
5 Orientadora do Trabalho. Enfermeira, Mestre e Professora da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões/RS.

**Introdução:** No contexto brasileiro, o conceito de projeto terapêutico vem sendo construído desde o início dos anos noventa, modificando-se juntamente com a história do SUS, do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica[1]. Entende-se por Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou Projeto Terapêutico Individual (PTI) como também é conhecido, como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas voltadas a um sujeito ou coletividade, resultantes das discussões em uma equipe multiprofissional e com suporte do apoio matricial, caso seja necessário. O uso do termo Projeto Terapêutico Singular em lugar de Projeto Terapêutico Individual parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto

busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação, uma vez que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças[2]. De acordo com Cunha[3], o PTS nada mais é do que uma variação da discussão de "caso clínico", ou seja, é na reunião com toda equipe de saúde que opiniões são colocadas para atender o sujeito doente e sua relação com a doença, para que desse modo, propostas de ações de cuidado possam ser trilhadas. O PTS pode ser dividido em quatro momentos[4]: definição das hipóteses diagnósticas – compreende a realização de uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do(s) usuário(s); definição de metas – momento em que a equipe realiza os diagnósticos e constrói propostas a curto, médio e longo prazo; divisão de responsabilidades – compreende a definição de tarefas a cada um dos membros da equipe, de forma clara e objetiva; e por fim a reavaliação – momento em que se discutirá a evolução do caso e as devidas correções a serem feitas, caso sejam necessárias. Vale considerar que a construção do PTS deve ser feita de forma a considerar, sempre, as necessidades de saúde de cada usuário, levando em conta suas subjetividades e singularidades, configurando-se numa interação democrática e horizontal entre os atores envolvidos nesse processo do cuidar[5]. **Objetivo:** Relatar a experiência obtida por acadêmicas de enfermagem durante o processo de construção de um Projeto Terapêutico Singular implementado a uma usuária da Estratégia de Saúde da Família (ESF) frisando os benefícios obtidos através da implementação dessa atividade. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência elaborado por acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, durante a realização das atividades práticas da disciplina de Estágio Supervisionado I, no transcorrer do primeiro semestre de 2013. A vivência deu-se no município de Palmeira das Missões, situado na região norte do estado do Rio Grande do Sul, em uma das seis Unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF). A equipe de saúde da unidade é composta profissionalmente por uma médica, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário. Durante as reuniões de equipe, esses profissionais apresentaram às acadêmicas os casos de saúde e problemas sociais críticos do referido território, desse modo, fez-se a escolha da usuária, integrante principal de nosso estudo, por se tratar de um caso complexo e com problemas sociais bem visíveis, exigindo dessa forma, maior atenção por parte da equipe de saúde e acadêmicos de enfermagem. Para a efetivação do PTS, fez-se necessário a realização de inúmeras visitas domiciliares, sendo estas, acompanhadas ora pela agente comunitária de saúde responsável pela cobertura da micro-área e ora pelos técnicos de enfermagem da referida unidade. **Resultados:** A integrante principal de nosso estudo trata-se de uma usuária idosa, viúva, mãe de dois filhos com os quais reside em pequena uma casa alugada, de madeira e em condições precárias de infraestrutura, pouco iluminada, com odor forte de fumaça devido à presença de um fogão a lenha no interior da casa e também da fumaça proveniente do uso de tabaco por seus filhos. A família sobrevive com os recursos financeiros provenientes da

pensão por falecimento de seu esposo e também com o dinheiro que seus filhos conseguem realizando pequenos serviços. No período, seus filhos encontravam-se desempregados. A usuária possui sérios problemas de saúde. É hipertensa, diabética e cardiopata. Faz uso de vários medicamentos, sendo que a mesma relata poupá-los por não ter condições financeiras de comprar os que não se encontram disponíveis na unidade de saúde. Também relata estar com dificuldades visuais, pois está com diminuição da acuidade visual do olho esquerdo e já perdeu a visão olho direito devido às complicações do Diabetes Mellitus. Além disso, a usuária se encontra a cada dia, mais debilitada fisicamente, e devido a isso, necessita de uma dieta balanceada e alimentações frequentes para o bom prognóstico das doenças. Os profissionais da Unidade de Saúde, juntamente com os acadêmicos de enfermagem, realizavam visitas domiciliares com frequência diária a semanal à usuária. Durante as visitas, poucas vezes identificou-se a presença de alimentos no domicílio. Em um curto espaço de tempo, a usuária foi hospitalizada quatro vezes, duas vezes devido à pneumonia, uma devido à hipoglicemia e outra hipertensão arterial. Além disso, percebe-se um avanço da caquexia da paciente, o que dificulta a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), como deambular, higienizar-se, preparar suas alimentações, tomar medicamentos, entre outras. A usuária também refere ter aposentadoria comprometida com vários empréstimos realizados para pagamentos de dívidas, isso traz para si uma grande preocupação, pois não consegue pagar as contas de luz e água que encontram-se sempre atrasadas. Alguns vizinhos relatam que juntaram dinheiro e pagaram algumas contas, pois a família estava sem luz e água (cortados por falta de pagamentos). Os filhos foram questionados sobre os pagamentos das dívidas e relatam não conseguir ajudar devido à falta de emprego, porém sabe-se que os mesmos são etilistas e, apresentam dificuldade de compreender a gravidade da situação de saúde da mãe. Neste sentido, após a definição do diagnóstico/elaboração das metas e com o objetivo de auxiliar a usuária e sua família a melhorar suas condições sociais e de saúde, propôs-se uma série cuidados à família, envolvendo esclarecimentos a respeito do percurso clínico das patologias e regime de tratamento, apoio psicológico, planejamento de intervenções, orientações quanto à alimentação, tratamento medicamentoso, corresponsabilização da família no processo de cuidado, dentre outros. Com isso, teve-se uma evolução positiva do processo uma vez que os filhos da usuária também passaram a contribuir e corresponsabilizar-se no processo de cuidado da mãe. Percebeu-se também que a construção do PTS possibilitou a criação e manutenção de vínculos entre a usuária-acadêmicos e usuária-equipe de saúde. Nesse sentido, pode-se dizer que o PTS apresentou-se como uma ferramenta eficaz para a construção do cuidado, uma vez que nos foi possível vivenciar a experiência do empoderamento dos sujeitos diante dos serviços de saúde e processo de saúde-doença. **Conclusão:** O PTS, enquanto dispositivo de cuidado e produção de saúde, deve ter por base, as necessidades de saúde do usuário sem deixar de considera-lo como detentor de opiniões, medos, sonhos, e principalmente, de um projeto de vida, portanto, sua construção e implementação institui uma tarefa complexa. Desse modo, vê-se o quão importante e

efetiva é a participação do usuário na formulação de seu plano terapêutico, bem como, a incorporação da família para a formação/fixação de compromissos e corresponsabilização pelo cuidado. Ao pensar no cuidado, precisamos considerar o sujeito em sua integralidade, o que compreende ir além dos aspectos biológicos e tecnicistas. Envolve o pensar do sujeito dentro de seu contexto de vida, de suas relações sociais, econômicas, familiares e culturais, e para isso, faz-se necessário um olhar coletivo, ou seja, a participação da equipe multiprofissional que, ao articular saberes e práticas de cuidado auxiliará para que o usuário possa inserir-se e principalmente, compreender seu próprio processo de cuidado.

Á**rea temática:** Processos de Cuidado.

**Descritores:** Enfermagem; Atenção Básica a Saúde; Assistência Integral à Saúde; Promoção da Saúde.

**Descriptors:** Nursing; Primary Health Care; Comprehensive Health Care; Health Promotion.

**Descriptores:** Enfermería; Atención Primaria de Salud; Atención Integral de Salud; Promoción de la Salud.

**Referências**

1. Ministério da Saúde (Brasil). Cadernos Humaniza SUS. Atenção Básica, Textos Básicos de Saúde – 2. ed. série B –. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

2. Ministério da Saúde (Brasil). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

3. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.

4. Ministério da Saúde (Brasil). Clínica ampliada e compartilhada. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

5. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 493-302.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS: O QUE SABEM OS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM?

# DONATION AND TRANSPLANTATION OF ORGAN AND TISSUES: WHAT THE STUDENTS OF NURSING KNOWS?

# DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS: ¿QUÉ SABEN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA?

ARAÚJO, Rhayssa de Oliveira e1
FREIRE, Izaura Luzia Silvério2
VASCONCELOS, Quinídia Lúcia Duarte de Almeida Quithé de3
MENDONÇA, Ana Elza Oliveira de4
SALVETTI, Marina de Góes5
TORRES, Gilson de Vasconcelos6

1 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista CAPES/DS. E-mail: rhayssa.noe@hotmail.com
2 Enfermeira. Professora Mestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRN. E-mail: izaurafreire@hotmail.com
3 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista CAPES. E-mail: quinidia@hotmail.com
4 Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde CCS/UFRN. Professora da Graduação em Enfermagem da UFRN e do Centro Universitário UNIFACEX. Enfermeira da diálise do Hospital Universitário Onofre Lopes HUOL/UFRN. E-mail: a.elza@uol.com.br
5 Enfermeira, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP, Pós-doutoranda do Departamento de Enfermagem/UFRN. Bolsista CAPES. E-mail: mgsalvetti@hotmail.com
6 Enfermeiro, Pós-Doutor em Enfermagem, Professor Titular Departamento de Enfermagem/UFRN, Pesquisador do CNPq (PQ2).

**Introdução:** Os recentes avanços tecnológicos, científicos, organizacionais e administrativos permitiram que o transplante de órgãos e tecidos, antes considerado um procedimento complexo e arriscado, se tornasse uma terapêutica segura e salvadora para pacientes com vários tipos de doenças terminais. Porém, uma problemática comum a todos os países é o crescimento desproporcional de pacientes na lista de espera com relação ao número de doadores. Isso causa a morte de muitos indivíduos que estão na expectativa por um órgão ou tecido para salvar suas vidas.[1] Vários fatores causam essa desproporcionalidade, dentre estes incluem o nível educacional da população, padrões

culturais, existência de programas de estímulo, legislação adequada e infraestrutura médica para o diagnóstico de morte encefálica, manutenção, captação e transplante dos órgãos. Esses fatores também explicam a discrepância na porcentagem de doações entre as diversas regiões e países.[2] Reforça-se que a história do transplante sempre esteve atrelada na definição de morte encefálica, situação em que o indivíduo se torna apto à doação de órgãos e tecidos. No entanto, percebe-se que esse conceito ainda é intricado por questões filosóficas, religiosas, sociais e emocionais. Isso porque a morte ainda é considerada um tabu na sociedade ocidental e perturba sobremaneira os profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho, tendo em vista que sua formação é voltada para a preservação da vida, para a cura das enfermidades.[3] Perante a complexidade que envolve o processo de doação, planejá-lo exige experiência e competência de profissionais que considere as necessidades dos pacientes e seus familiares e respeite as normas e leis que regem o desenvolvimento de cada um de suas fases. O processo de educação torna-se fundamental, especialmente porque a participação da sociedade e, sobretudo dos profissionais de saúde é um dos fatores decisivos do sucesso dos programas de transplante. Ressalta-se que o conhecimento sobre a doação e o transplante de órgãos é de extrema relevância para os estudantes de enfermagem, pois após sua formação há vasto campo de atuação do profissional de enfermagem nessa área de assistência. E, para que a atuação da enfermagem na doação e transplante de órgãos seja eficiente, exige-se dessa equipe a capacidade de lidar com situações cruciais com velocidade e precisão, competência na integração de informação, construção de julgamentos, e estabelecimento de prioridades. Dessa forma, a enfermagem deve prover assistência de alto nível, tanto aos doadores quanto aos receptores de transplantes e seus familiares ou cuidadores e isso implica conhecimento nessa área. **Objetivos:** Identificar o conhecimento de estudantes de enfermagem sobre o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos e o desejo/vontade de ser doador. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, de corte transversal e com abordagem quantitativa de tratamento e análise de dados realizada no período de março e junho de 2012 com estudantes de enfermagem de duas instituições de ensino do município de Natal/RN, sendo uma de caráter privado e uma instituição pública (Universidade Federal do Rio Grande do Norte). A população foi composta por 78 estudantes de enfermagem regularmente matriculados nas duas intuições. A amostra foi selecionada por conveniência, atendendo os seguintes critérios de inclusão: ser estudante de enfermagem, estar frequentando o curso técnico ou a graduação em enfermagem. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes obtendo parecer favorável sob o nº 414/10 e CAAE 007.0.294.000-10. Após ter sido explicado o objetivo do estudo e solicitada a participação voluntária com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os participantes responderam a um questionário previamente testado. O questionário incluiu perguntas de múltipla escolha que determinavam a opinião e o conhecimento dos estudantes sobre os vários aspectos da doação e transplante de órgãos e tecidos, sendo dividido em três partes: dados sociodemográficos, aspectos relacionados à

doação *post mortem* e aspectos legais e éticos do transplante no Brasil. Os dados coletados foram organizados em planilha eletrônica do Microsoft Excel 2010 e foram analisados por meio da estatística descritiva. **Resultados:** Quanto à caracterização sociodemográfica dos 78 estudantes de enfermagem, houve predominou o sexo feminino (79,4%), a média de idade foi de 24,5 anos, com mínimo de 16 anos e máximo de 59, solteiros (74,3%), de raça parda (47,4%), com renda familiar de 2 salários mínimos e a religião predominante foi a católica (50,0%). A maioria fazia graduação em enfermagem (60,0%). Com relação à opinião dos estudantes sobre a doação de órgãos e tecidos, a maior parte (89,7%) era a favor da doação, o principal motivo dos motivos favoráveis foi para salvar vidas/ajudar o próximo (76,9%); 85,9% afirmaram que desejam que seus familiares autorize a doação de seus órgãos/tecidos após sua morte, contudo apenas 43,6% informaram aos seus familiares sobre o seu desejo. Quanto à abordagem sobre o tema, 56,4% nunca participaram de curso sobre essa temática e 93,6% acham que o assunto deveria ser mais abordado no ensino. No tocante aos conhecimentos, 87,2% responderam corretamente que o consentimento para a doação utilizado no Brasil é consentido e ocorre depois de constatada a morte encefálica e mediante a autorização da família; apesar da maior parte (78,2%) ter respondido corretamente que no Brasil não se permite a comercialização de órgãos, 15,4% informaram que podia e 5,1 que não sabia; 80,7% responderam incorretamente sobre os tipos de doadores; 65,4% definiram incorretamente o que é considerado um doador vivo e 88,4% definiram corretamente doador falecido. Quando questionados sobre o que cada doador (vivo, falecido com o coração batendo e falecido com o coração parado) poderia doar, somente 5,1% dos alunos responderam corretamente que o doador vivo poderia doar órgãos duplos como pulmão e rim ou pedaço do fígado e células como sangue e medula óssea. No entanto nenhum dos entrevistados respondeu corretamente sobre o que o doador falecido com o coração batendo poderia doar, que seria coração, pulmão, rim, vasos, ossos, fígado, intestino, pâncreas, córneas e pele. Muito menos o que o doador falecido com o coração parado poderia doar, que seria vasos, ossos, córnea e pele. **Conclusão:** Observa-se que um percentual expressivo de estudantes se manifestou a favor da doação, contudo ainda há desconhecimento sobre aspectos relevantes dessa temática, principalmente no que diz respeito à ética e legislação brasileira de transplante e aos tipos de órgãos, tecidos e/ou células que cada um dos tipos de doadores (vivo, falecido com o coração batendo ou falecido com o coração parado) podem doar. Reforça-se, desse modo, a importância da formação dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, sobre os temas relacionados à doação e transplantes, demonstrando a necessidade de se investir em estratégias de educacionais, para formação e capacitação de profissionais competentes e qualificados, que compreendam o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, que sejam capacitados para prestar assistência de qualidade, contribuindo para o aumento do número de transplantes.

**Área temática:** Processos de cuidado.

**Descritores:** Conhecimento; Obtenção de tecidos e órgãos; Estudantes de enfermagem.

**Descriptors**: Knowledge; Tissue and organ procurement; Students, nursing.

**Descriptores:** Conocimiento; Obtención de tejidos y órganos; Estudiantes de enfermeira.

**REFERÊNCIAS**

1. Garcia VD. A política de transplantes no Brasil. Revista da Amrigs. 2006;50(4)313-320.

2. Mattia AL, Rocha AM, Freitas Filho JPA, Barbosa MH, Rodrigues MB, Oliveira MG. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. Revista Bioethiko. 2010;4(1):66-74

3. Lima AAF, Silva MJP, Pereira LL. Sofrimento e contradição: o significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante. Enfermería Global. 2009; 15:1-17.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A IMPORTÂNCIA DO SUPORTE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AO CUIDADOR DE USUÁRIOS EM ASSITÊNCIA DOMICILIAR

# THE IMPORTANCE OF SUPPORT TEAM MULTIPROFESSIONAL CAREGIVER TO USERS OF ASSISTANCE IN HOUSEHOLD

# LA IMPORTANCIA DEL EQUIPO DE APOYO MÉDICO MULTIPROFESIONAL A LOS USUARIOS DE ASISTENCIA EN EL HOGAR

POTTER, Clarissa1
SOARES, Silvia Rhea2
MARCHESAN, Mariane3
PINNO, Camila4
RIZZATTI, Salete5
SILVA, Marion Rosângela6

1 Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria UFSM, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. cissa.pr.enf@gmail.com.br
2 Enfermeira. Mestranda do PPGENF. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. rheasilviasoares@yahoo.com.
3 Enfermeira, Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano UNIFRA, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, RS, Brasil. .marimarchesansm@gmail.com
4 Enfermeira, Graduada em Enfermagem pelo Centro de Ensino Superior do Norte do RS UFSM, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, RS, Brasil. camilapinno@yahoo.com.br
5 Enfermeira do HUSM. Mestranda em Enfermagem PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. saleterizzatti@gmail.com
6 Enfermeira. Doutoranda em Ciências DINTER novas fronteiras UNIFESP UFSM UFRJ/EEAN. cucasma@terra.com.br

**Introdução:** O cuidado significa desvelo, dar valor, zelar, sobretudo, é mostrar a pessoa sua importância como ser humano e este não pode ser imposto como uma obrigação de quem cuida. Deve ser feito com carinho e responsabilidade, valorizando a própria vida, amenizando o sofrimento e angustia dos que dependem do cuidado alheio. As ações voltadas para o atendimento domiciliar vêm ocorrendo de maneiras diferentes em todo território brasileiro, de acordo com os arranjos gerenciais dos Serviços de Saúde.[1] O primeiro sistema de atenção domiciliar à saúde no Brasil foi criado em 1967, pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, com o objetivo de diminuir o número de leitos

ocupados.[2] Atualmente há um crescimento de oferta desse serviço pelas empresas privadas e, no sistema público de saúde previsto na portaria nº 2.029, de agosto de 2011. A incorporação da assistência domiciliar nas ações de saúde aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas, para um cuidado mais humanizado e que preserve as relações familiares e socioculturais dos indivíduos. Além disso, na esfera econômica, promove uma redução de custos da atenção, tanto para a família como para o Estado, diminui o risco de infecção hospitalar e utiliza os leitos hospitalares de modo mais racional.[2] Na rotina do cuidador familiar, há vários fatores que podem influenciar negativamente na sua saúde, resultando no surgimento de problemas tais como o estresse e a depressão. Entre esses fatores encontram se a sobre carga de cuidados requisitada pelo indivíduo que necessita dos cuidados, os tipos de relações familiares, bem como características individuais, sociais e culturais das pessoas envolvidas nesse processo.[3,4] Devido à complexidade que envolve a atenção a pacientes no domicilio sob a responsabilidade de cuidadores informais é fundamental que os profissionais detectem as necessidades de saúde dos cuidadores. A visita domiciliar pela equipe multiprofissional é um dos métodos utilizados que podem propiciar a observação das necessidades do cuidador. É realizada visando conhecer o paciente em seu ambiente familiar a fim de envolver o cuidador no tratamento e cuidados necessários, bem como favorecer a supervisão e o ensino de terapêuticas pela equipe. É, portanto, uma importante ferramenta para conhecer as condições não só dos pacientes como também de seus cuidadores e a partir disso, promover uma assistência integral favorecendo que estes desenvolvam um autocuidado de acordo com a realidade em que vivem. É importante considerar o estado funcional do paciente, número e duração das tarefas que necessitam de supervisão e envolvimento emocional mínimo do cuidador com o paciente. Ele assume este papel por diferentes motivos: por vontade, por instinto e por conjuntura. Aquele que assume por vontade é motivado a satisfazer seus sentimentos através da relação com o outro. Aquele que faz por instinto o faz impulsivamente visando atender a necessidade de sobrevivência do indivíduo e o por conjuntura quando não há outra pessoa para atuar no cuidado. **Objetivos:** Relatar a importância do suporte da equipe multiprofissional na saúde do cuidador de usuários em assistência no serviço de internação domiciliar de um hospital público de Santa Maria /RS. **Metodologia:** Este é um estudo descritivo a partir de um relato de experiência dentro de um serviço de assistência domiciliar, no período de março a julho de 2013 em um programa de residência multiprofissional no estado do RS. **Resultados:** Ao observar o gênero dos cuidadores no serviço constatasse que em sua maioria são do gênero feminino, corroborando com os achados na literatura consultada, que aponta algumas características em relação aos cuidadores familiares que, no geral, são mulheres, mães, esposas e filhas, destacando o papel da mulher como cuidadora na nossa cultura.[5,6] O cuidador, ao assumir os cuidados diários com o usuário, se expõe de maneira prolongada aos diferentes estressores presentes na situação de cuidador, podendo este a apresentar problemas de saúde, tais como: hipertensão arterial, artrose, processos dolorosos, entre outros e/ou o agravamento de

problemas de saúde prévios.[7] O cuidador precisa ser alvo de orientações de como proceder nas situações mais difíceis e receber em domicílio visitas periódicas de uma equipe multiprofissional de supervisão e capacitação. Este apoio é fundamental para ajuda-lo a lidar com as mudanças em seus hábitos de vida, já que além de ser responsável pelo seu bem estar passa a responsabilizar-se pelo indivíduo doente. Além disso, pode não demonstrar ou mesmo não perceber que está precisando de ajuda e orientação para seu autocuidado, já que cada pessoa reage de forma diferente frente ao processo de adoecimento. São realizadas orientações antes da alta do paciente pela equipe do serviço e o acompanhamento semanal de como esse cuidado esta sendo realizado em domicílio sempre reforçando as orientações quando necessário. O ato de cuidar não está associado apenas às alterações de comportamento da pessoa, mas também com a reduzida disponibilidade de rede de apoio social, disfunção ou dificuldade do paciente na realização de tarefas rotineiras, insatisfação do cuidador com a assistência recebida de parentes ou amigos, também pode estar associado às horas necessárias para o cuidado diário. Dessa maneira, o papel do cuidador adquire significados particulares que, dentro de um contexto histórico, social, político, econômico e cultural, precisa ser analisado e esclarecido. Isto pode levar a um aumento do número de cuidadores informais que necessitam de suporte da equipe de saúde, pois geralmente se entregam ao cuidado do outro e não percebem a necessidade de se cuidar, afastando-se do convívio social, além de abandonar atividades de vida diária e lazer. Cuidar também pode levar ao estresse, pela necessidade de realizar atividades que estão acima das condições físicas e mentais do cuidador. Isto especialmente clama pela orientação da equipe multiprofissional de modo inerente. Um dos instrumentos utilizados pela equipe para intervir no processo de cuidado informal é a Visita Domiciliar, a qual possibilita observar e registrar as atividades das famílias proporcionando oportunidades de planejar e promover uma assistência que estimule o desenvolvimento do autocuidado de acordo com sua própria realidade, tornando-as mais independentes dos serviços de saúde. Além disso, este método faz com que estes profissionais conheçam melhor o indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto ou meio ambiente, que é caracterizado pelas condições de habitação, higiene, saneamento básico e pelas relações socioafetivas entre os vários membros da família. Estes são fatores importantes a serem identificados pela equipe multiprofissional para a prestação de uma assistência integral à saúde, além de proporcionar um melhor relacionamento dos profissionais com a família, assegurando uma prática menos formal. A partir das informações fornecidas pelos cuidadores, observa-se que o engajamento deles em relação ao processo de cuidar de seu familiar é muitas vezes priorizado, deixando o autocuidado e seus desejos em segundo plano. O cuidar de si ou o autocuidado são atitudes e comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com o objetivo de promover saúde, preservar, assegurar e manter a vida com qualidade.[4] O estresse do cuidador imediato geralmente é alto e ele necessita manter sua integridade física e emocional, para planejar maneiras de convivência com todo processo. A sobrecarga do cuidador é um fenômeno multidimensional que pode envolver

alterações no estado físico, no estado emocional, desequilíbrio entre atividade e repouso, e enfrentamento individual comprometido.[7] A equipe multiprofissional após observar alguns desses desequilíbrios, realiza encaminhamentos necessários ou até mesmo atendimentos para minimizar ou solucionar suas demandas. A experiência de assumir os cuidados diários com um usuário doente e dependente coloca o cuidador em situações de tarefas exaustivas e estressantes, seja pelo envolvimento emocional e físico, como também, pelas relações afetivas anteriores ao adoecimento. **Conclusões:** Faz-se necessária um suporte multiprofissional direcionado à sua resolução ou à minimização desses problemas, como a sobrecarga, alterações no estado físico, emocional e mental. O suporte é uma estratégia que contribui para a manutenção da integridade física e psicológica do cuidador. O processo de cuidar no domicílio faz com que o cuidador assuma uma importante parcela dos cuidados de saúde do indivíduo doente. Os profissionais de saúde poderão perceber esses cuidadores como uma pessoa que mereça ser incluída criteriosamente nas suas ações e planejamentos de saúde, pois essa não pode ser vista apenas como uma executora de atividades. Para Silva, os cuidadores sofrem porque são duros consigo, acabam sofrendo mais pelo aspecto emocional do que pelos aspectos práticos do atendimento. A divisão de tarefas, além de aliviar a sobrecarga física de quem cuida, auxilia também na saúde mental, pois possibilita ao cuidador ter tempo para realizar outras atividades de seu interesse.8 O ideal é o cuidador manter um equilíbrio entre os cuidados consigo e os cuidados fornecidos ao doente. Pois, nunca se sabe ao certo quanto tempo pode durar a atividade de cuidador, mas sabe-se que a energia que se dispensa no primeiro momento diminui, conforme o passar do tempo.

Á**rea temática:** Processos de cuidado

**Descritores:** Assistência Domiciliar; Equipe de Assistência ao Paciente; Saúde da família.

**Descriptors:** Home Care; Patient Care Team; Health family.

**Descriptores:** Cuidados en el hogar; equipo de atención al paciente; la familia de la Salud.

**REFERÊNCIAS**

1. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JL. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Rev. Latinoam Enfermagem. 2004; 12(5): 721-6.

2. Amaral NA, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbai. Assistência domiciliar à saúde (home health care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. Rev. Neurociências. 2001; 9(3): 111-17.

3. Alvarez AM. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto familiar. Florianópolis: [s.n]. 2001.

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

5. Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. Saúde soc. São Paulo. 2008 17(2): 82-94.

6. Fernandes MGM, Garcia TR. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev esc. enferm USP. 2009; 43(4): 818-24.

7. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev bras enferm. 2009b Maio/Jun; 62(3): 393-9.

8. Silva M. Quem vai cuidar dos nossos pais? 2. ed. Rio de Janeiro: Record; 2007.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: REVISÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE AS OPÇÕES DE TRATAMENTO

# ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION: REVIEW OF SCIENTIFIC PRODUCTION ON THE TREATMENT OPTIONS

# INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REVISIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO

FREITAS, Camylla Cavalcante Soares de1
MENDONÇA, Ana Elza de Medeiros2
ARAÚJO, Rhayssa de Oliveira e3
BASTASINI, Andréia4
AMORIM, Ingrid Gurgel5
OLIVEIRA, Isabelle Christine Marinho de6
TORRES, Gilson de Vasconcelos7

1 Discente em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Bolsista PIBIC/CNPq. Email: camyllafreitas_@hotmail.com.
2 Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde CCS/UFRN. Prof. Ms. Do Curso de Enfermaagem da UNIFACEX. Plantonista da UTI do HUOL/UFRN.
3 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem/UFRN. Bolsista Capes DS.
4 Enfermeira do Curso de Enfermagem/UNIFACEX.
5 Enfermeira. Residente em Terapia Intensiva do adulto do Hospital Universitário Onofre Lopes.
6 Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN.
7 Enfermeiro. Pós-doutor. Professor Titular do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista PQ-2. E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com

**Introdução:** O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é um líder em mortalidade. No Brasil é responsável por aproximadamente 300 mil mortes ao ano. As mortes por IAM em sua grande maioria ocorrem nas primeiras horas de manifestação dos sintomas, sendo na primeira hora 40% a 65% dos casos e, nas próximas 24 horas, aproximadamente 80% dos casos.[1] A morte celular miocárdica no IAM ocorre devido isquemia prolongada, em decorrência de oclusão total ou parcial da artéria coronária. O déficit no aporte sanguíneo leva alterações funcionais e morfológicas no coração, após algumas horas provoca morte celular e até óbito.[2] Um importante fator associado ao IAM é a Doença Arterial Coronariana (DAC), que ocorre quando há obstrução da luz arterial coronariana por placa aterosclerótica, tornando o fluxo sanguíneo insuficiente para o miocárdio e causando

desequilíbrio entre oferta e consumo de oxigênio.[3] A ruptura de uma placa coronariana instável, formação do trombo intraluminal, obstrução coronária em graus variáveis e embolização resulta em dor precordial aguda, denominada Síndrome Coronariana Aguda (SCA).[4] Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o diagnóstico de IAM requer pelo menos dois dos seguintes critérios: história característica de dor precordial prolongada, alterações eletrocardiográficas típicas e elevação enzimática seriada.[1] São sintomas do IAM: dor típica, constritiva ou em peso, desconforto difuso localizada na região retroesternal, irradiando para ombro, braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula, não alterada por posição, movimento ou palpação, com início geralmente em repouso. Em associação pode-se observar também sudorese, náuseas, vômitos, dispnéia, mal estar, indigestão, dor epigástrica, principalmente em idosos e diabéticos. São fatores de risco para IAM: tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes melito, história familiar de DAC precoce, obesidade, sedentarismo e estresse. O cateterismo cardíaco é um exame diagnóstico decisivo na identificação correta do processo aterosclerótico, avaliando permeabilidade da artéria coronária. O objetivo primordial do tratamento do IAM é restabelecer precocemente a patência da artéria ocluída, podendo ser por reperfusão química ou mecânica.[3] A reperfusão da artéria obstruída em tempo hábil traz benefícios imensuráveis para a preservação da função ventricular e o aumento da sobrevida. Diante desse contexto tem-se como questões de pesquisa: Quais as modalidades terapêuticas atuais para o tratamento de pacientes vítimas do IAM? Quais aspectos dessas terapias são relevantes para o enfermeiro assistencial? **Objetivo:** identificar as modalidades terapêuticas atuais para o tratamento do IAM e destacar os aspectos relevantes da assistência de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão da literatura. As buscas foram realizadas entre setembro de 2012 a abril de 2013 nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe de Ciências da Saúde (LILACS); Scientific Eletronic Literary Online (SCIELO) e na Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Inicialmente realizou-se uma primeira leitura exploratória dos resumos para seleção dos artigos. Os critérios de inclusão foram: textos completos disponíveis, publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Quando publicado em mais de uma base de dados foi contabilizado apenas uma vez. Os artigos foram tabulados segundo informações acerca do ano de sua publicação, título da produção, metodologia empregada, resultados e análises encontrados. Dos 26 artigos levantados, 17 foram apropriados para o objeto de estudo em questão, anexado a mais 05 obras de bibliotecas convencionais que foram promissoras ao assunto abordado. Como etapa subsequente, realizou-se a leitura integral de cada texto, fazendo-se a hierarquização das informações referentes ao ano de 2006 a 2013, por fim, o agrupamento das mesmas de acordo com o teor das informações apresentadas. **Resultados:** Quanto às modalidades de tratamento para IAM, a Intervenção Coronariana Percutânea (ICP) e a terapia trombolítica são as opções mais bem estabelecidas na literatura, tendo como objetivo a reperfusão da artéria responsável pelo infarto. Nas três primeiras horas dos sintomas não há diferença entre a terapia trombolítica e ICP primária em relação à

mortalidade, exceto em casos de rápida evolução para choque cardiogênico em que a ICP primária deve ser a opção terapêutica. A classe de trombolíticos é dividida em fibrino específicos (alteplase – tPA; tenecteplase – TNK) e não fibrino específicos (estreptoquinase – SK). Na redução de mortalidade os fibrino-específicos levam vantagem. Todavia, o único fibrinolítico disponível para uso em bolus é a TNK, pois está associada a menor taxa de sangramento não cerebral e de transfusão sanguínea. A terapia com trombolíticos é facilmente administrada, custo efetiva e amplamente disponível. A angioplastia coronariana primária é o método indicado para IAM com supradesnivelamento do segmento ST, desde que realizada nos primeiros 90 minutos após chegada do paciente na emergência e por uma equipe experiente. Quando aplicada até as primeiras 12 horas do início dos sintomas, reduz os desfechos fatais proporcionando reperfusão rápida, sustentada e eficaz, diminuindo os índices de reoclusão e reestenose, preservando a micro circulação coronária, sendo aplicada mediante pouca contraindicação, sem os riscos de complicações hemorrágicas graves. Os fatores que influenciam a mortalidade tanto precoce como tardia dos pacientes submetidos à ICP são o índice de salvamento do miocárdio, o remodelamento ventricular e a estabilização elétrica, que dependem do tempo e qualidade da abertura da arteira coronária e da sua patência tardia. Já a trombectomia adjunta refere-se aos dispositivos e procedimentos que removem o material trombótico da artéria associada ao infarto antes da embolização distal, podendo ser trombectomia por aspiração, realizada através de um dispositivo que aspira o trombo da artéria ou trombectomia mecânica, realizada por dispositivo que fragmenta o trombo antes da aspiração de resíduos.[3] O paciente que passou por um processo de infarto agudo do miocárdio necessita de assistência de enfermagem para diminuir as chances de complicações, pois o episódio pode deixar sequelas sociais, físicas e psicológicas. O enfermeiro necessita conhecer a saúde do indivíduo, visando o fator tempo, distinguindo o IAM das demais emergências. Na abordagem inicial ele deve identificar os problemas de saúde prioritários, reconhecer os sintomas e sinais clínicos característicos do IAM e possuir competência técnica referente ao exame eletrocardiográfico para construção dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro deve estar atento para atender à necessidade de oxigenação / ventilação, circulação / perfusão, conforto / controle da dor, segurança, psicossocial, espiritual, entre outros. É importante conhecer os princípios ativos das medicações, reações adversas, interações medicamentosas, ações dos fármacos, dosagens e diluição.[5] **Conclusões:** Observou-se que existem inúmeras opções terapêuticas eficazes. O fator tempo deve ser cuidadosamente avaliado na tomada de decisão no atendimento de emergência quanto à estratégia de recanalização coronária empregada. A restauração do fluxo normal da artéria infartada obstruída, por meio da ICP ou de fibrinólise é determinante na evolução tanto precoce como tardia no IAM. É de suma importância que o enfermeiro desenvolva uma abordagem emergencial rápida e eficaz fundamentada em conhecimentos teóricos e científicos, desenvolvendo um plano de cuidado plausível no decorrer da fase aguda da doença, de forma que atenda todas as necessidades humanas básicas como a oxigenação, circulação,

perfusão, controle e conforto da dor, segurança, aspectos psicossociais e espirituais; tendo uma visão abrangente, porém com uma abordagem individualizada a cada pessoa.

**Área temática:** Processos de cuidado.

**Descritores**: Infarto do miocárdio; Angioplastia; Terapia trombolítica; Cuidados de enfermagem.

**Descriptors:** Myocardial infarction; Angioplasty; Thrombolytic therapy; Nursing Care.

**Descriptores:** Infarto del miocardio; Angioplastia; Terapia trombolítica; Atención de enfermería.

**REFERÊNCIAS**

1. Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol [internet]. 2009 [acesso em 2013 jul 29]; 93(6 supl.2):e179-e264. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_iam.pdf

2. Santos VEFA, Alves ERP, Sousa PJ, Souza MAO, Costa AM, França ISX, Oliveira RC. Infarto agudo do miocárdio em mulheres: uma revisão integrativa. Rev enferm UFPE On Line [internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 28]; 5(3): 820-7. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1616

3. Mafra AA, Lodi-Junqueira L, Ribeiro ALP, et al. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Protocolo Clínico sobre Síndrome Coronariana Aguda [internet]. Belo Horizonte 2012 [acesso em 2013 jul 28]. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GPL1PUclkXUJ:portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do%3Fevento%3Ddownload%26urlArqPlc%3Dprotocolo_sindrome_coronariana_CP.pdf+Secretaria+de+Estado+de+Sa%C3%BAde+de+Minas+Gerais.+Protocolo+Cl%C3%ADnico+sobre+S%C3%ADndrome+Coronariana+Aguda&cd=4&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=br

4. Teich V, Araújo DV. Estimativa de Custo da Síndrome Coronariana Aguda no Brasil. Rev. Bras. Cardiol [internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 30]; 24(2): 85-94. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_02/a_2011_v24_n02_02estimativa.pdf

5. Alves TE, Silva MG, Oliveira LC, Arrais AC, Menezes JE. Atuação do Enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do micocárdio. Rev enferm UFPE [internet]. 2012 [acesso 2013 jul 22]; 7(1): 176-83. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3464/pdf_1871

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ECOMAPA E GENOGRAMA COMO FERRAMENTAS ESSENCIAIS NO CUIDADO A PORTADORES DE DOENÇA CRÔNICA

# ECOMAP AND GENOGRAM AS ESSENCIALS TOOLS THE CARE OF PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES

# ECOMAPA Y GENOGRAMA COMO HERRAMIENTAS ESENCIALE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

GEREMIA, Fernanda Rafaela1
KOCH, Tânia Marisa2
MADUREIRA, Valéria S. F.3

1 Acadêmica da sétima fase do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS mocinha_nanda@hotmail.com.
2 Acadêmica da sétima fase do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS.
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do curso de graduação em Enfermagem da UFFS. Orientadora do trabalho.

**Introdução**: Muitas pessoas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis e requerem acompanhamento constante, pois, em razão de sua natureza, não têm cura. Essas condições tendem a se expressar com maior intensidade na idade mais avançada e geralmente estão associadas à co-morbidades, podendo gerar um processo incapacitante, o que dificulta ou impossibilita a realização de suas atividades corriqueiras. Nesse aspecto, a saúde da família possui amplo papel, pois é função das políticas de saúde contribuir para que as pessoas alcancem a idade avançada em seu melhor estado de saúde. A saúde da família é uma estratégia criada pelo ministério da saúde para melhorar a assistência prestada à população a partir da atenção básica, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, sendo esta a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde. Nesse modelo de assistência, o atendimento ocorre nos Centros de Saúde da Família, no qual, os profissionais desenvolvem várias atividades que visam garantir a assistência de saúde integral e holística, usando as visitas domiciliares como instrumento central, o que permite que sejam estabelecidos vínculos com a população, entre usuário e sistema, o que auxilia na identificação dos problemas enfrentados e permite planejamento das intervenções de acordo com o usuário e de acordo com a comunidade. O atendimento humanizado e a assistência integral aos portadores de doenças crônicas exigem que os profissionais de saúde usem recursos que permitam a assistência integral ao usuário e seus familiares no contexto em

que estão inseridos. Nesse aspecto, o genograma e ecomapa são instrumentos que possibilitam a avaliação e estudo da estrutura e dinâmica da família, permitindo que as ações de saúde sejam planejadas segundo as necessidades, condições materiais e imateriais de vida de cada família/indivíduo, permitindo assim um atendimento diferenciado. **Objetivos:** Refletir sobre a utilização de genograma e ecomapa como instrumentos básicos para a assistência de Enfermagem a famílias de portadores de hipertensão arterial e ou diabetes *mellitus*. **Metodologia:** O estudo foi realizado através do acompanhamento domiciliar de quatro famílias, as quais contavam com um membro portador de hipertensão e/ou diabetes *mellitus*, sendo estes definidos como "pessoas índices" no estudo, residentes na área de abrangência de um Centro de Saúde da Família do município de Chapecó SC. Para tanto, foram feitas de 04 a 05 visitas por família durante o período de um mês. No desenvolvimento da assistência de Enfermagem, utilizou-se o genograma e o ecomapa como instrumentos para o diagnóstico das condições de vida, saúde e doença da "pessoa índice" e de sua família, bem como dos recursos disponíveis e por eles identificados na comunidade para atenção da saúde. A partir disso, a assistência de Enfermagem foi planejada e implementada. **Resultados:** O genograma demonstra a representação gráfica de dados sobre a família, permitindo uma visualização da dinâmica familiar e das relações estabelecidas entre seus membros, através de símbolos e códigos padronizados simbolizando pelo menos três gerações. Para a construção dos genogramas com as famílias foi preciso definir uma pessoa de origem, que denominamos usuário índice, servindo este como ponto de referência para as relações interpessoais familiares e geracionais de ascendência e descendência. Deste modo, ficou determinado como usuário índice em cada família o portador de agravo crônico. Já o ecomapa consiste em um diagrama das relações entre a família e a comunidade o que ajuda a avaliar as redes e apoios sociais disponíveis com a sua utilização pela família, bem como os contatos das famílias com pessoas, instituições ou grupos. Nesse diagrama, representa-se ausência ou presença de recursos sociais, culturais e econômicos, de um determinado momento do ciclo vital da família e é preciso reconhecer que a configuração representada sofrerá modificações ao longo do tempo, justamente em razão da dinamicidade das relações estabelecidas no viver cotidiano. Portanto, uma família que tem poucas conexões com a comunidade necessita maior investimento da enfermagem em intervenções que auxiliam na busca por mais conexões ou estabilização das relações. Assim, além de auxiliarem na identificação de fatores familiares relacionados às doenças crônicas, o genograma e o ecomapa mostraram-se importantes, configurando uma metodologia facilitadora do estabelecimento de vínculos de confiança mútua entre os membros da família, o estudante de Enfermagem e a equipe de saúde do Centro de Saúde da Família, vindo ao encontro dos princípios preconizados pela Estratégia Saúde da Família. Além disso, possibilitou o planejamento da assistência com base nas reais condições das famílias, através dos diagnósticos obtidos com a coleta de dados e análise tanto do genograma como do ecomapa, de forma que as ações educativas desenvolvidas pautaram-se em lacunas identificadas de conhecimento da família com

relação à hipertensão e ou ao diabetes *mellitus*, bem como, com relação a questões de saúde e doença envolvidas no cotidiano. Acredita-se que a vinculação do cuidado de Enfermagem com o viver das pessoas obtenha maior êxito na incorporação ao cotidiano das famílias somado também a realização da visita domiciliar, onde ocorre maior aproximação da equipe do CSF com o individuo/família. **Conclusões:** O uso do ecomapa e genograma, além de permitirem que a atuação dos estudantes na assistência aos portadores de hipertensão e ou diabetes e a suas famílias fosse mais ampla e integral, auxiliou na educação em saúde da família, pois oportunizou a reflexão sobre sua própria condição de vida e de saúde para, juntamente com a equipe, identificar dificuldades, fortalezas e fraquezas, buscando assim maneiras de superá-las. A aplicação desses recursos na assistência de enfermagem favorece o desenvolvimento e adesão a novos hábitos que podem melhorar a vida e a saúde de todos, pois as realidades encontradas nos lares e no convívio familiar diferem entre as famílias. Dessa forma na determinação do cuidado deve ser considerada a participação do indivíduo e seus familiares. Deste modo foram realizadas orientações tanto ao paciente, quanto aos cuidadores ou cuidador, membros estes da própria família. Cabendo ressaltar a importância do conhecimento sobre a dinâmica da família, de suas características, do contexto social, cultural e econômico nos quais estão inseridos, como peça fundamental para a realização do planejamento das intervenções de saúde e obtenção de sucesso nos resultados pretendidos.

**Área temática:** Processos de Cuidado.

**Descritores:** Cuidado de Enfermagem; Hipertensão; Diabetes *mellitus*; Saúde da Família; Genograma e Ecomapa.

**Descriptors:** Nursing Care; Hypertension; Diabetes mellitus; Family Health; Genogram and Ecomap.

**Descriptores:** Cuidados de Enfermería; Hipertensión; Diabetes Mellitus; Salud de la familia; Genograma y Ecomapa.

**REFERÊNCIAS**

Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde na pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica n 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p

Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

Mello DF, Vieira CS, Simpionato E, Alves ZMMB, Nascimento LC. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde de família. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 2005;15(1):79-89.

Pereira APS, Teixeira GM, Bressan CAB, Martini JG. O genograma e ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2009. Maio-junho; 62(3):407-416.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PERFIL DOS PACIENTES INTERNADOS NA SALA DE OBSERVAÇÃO DO PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO DE UM HOSPITAL DE ENSINO

# PROFILE OF PATIENTS IN THE ROOM WATCHING THE PEDIATRIC FIRST AID OF A TEACHING HOSPITAL

# PERFIL DE LOS PACIENTES EN LA SALA DE OBSERVACIÓN DE LA PRIMEROS AUXILIOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL DOCENTE

CARVALHO, Severo Janete1
NEVES, Eliane Tatsch2
BUBOLTZ, Fernanda Luisa3
ZAMBERLAN, Kellen Cervo4
SILVEIRA, Andressa da5
HEINZ, Julia6

1Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria(FISMA). Email: deviga@ibest.com.br
2Enfermeira Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Curso de Graduação e Docente Permanente da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do grupo de pesquisa cuidado a saúde das pessoas, famílias e sociedade – PEFAS/UFSM.
3Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria, Mestranda curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
4Enfermeira, Mestranda do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
5Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).
6Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

**Introdução:** O Programa de Assistência Integral a saúde da criança (PAISC) e Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) buscam oferecer um atendimento de saúde mais humanizado a criança bem como beneficiá-la com um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo[1]. Para dar sustentação ao planejamento das ações, os dados epidemiológicos são instrumentos importantes, pois, auxiliam a fundamentar a ação de enfermagem e o aperfeiçoamento de competência para aplicação, de modo planejado e dinâmico, do processo assistencial, permitindo identificar, compreender, descrever, explicar e predizer quais as necessidades da pessoa, família ou coletividade humana, em determinado momento do processo saúde e doença[2]. Embora as ações assistenciais à criança tenham ao longo dos anos, buscado uma

mudança enfocando a atenção integral, ainda está distante de ser uma realidade nacional, devido à fragilidade[1]e fragmentação das ações oferecidas pelos profissionais da rede de serviços. O cenário atual da atenção à saúde da criança deixa muitas lacunas onde o usuário enfrenta dificuldades para encontrar soluções para os problemas de saúde. Observa-se que o acesso da população à rede primária de saúde possui falhas em questão de resolutividade dos agravos à saúde o que gera uma sobrecarga aos níveis secundários e terciários de atenção. As salas de observação, que se destinam à permanência temporária dos pacientes, transformam-se em áreas de internação, sem, no entanto, possuírem as devidas condições de infraestrutura e de pessoal para cuidados contínuos[4]. Esta situação é notória principalmente em Pronto Socorro onde a demanda principal é de agravos à saúde que poderiam ser resolvidos a nível primário de atenção. Diante desta realidade a experiência adquirida em 23 anos de assistência em unidades de neonato, pediatria e nos últimos 10 anos em Pronto Socorro Pediátrico em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, revelou algumas inquietações. Ao longo dos anos da minha experiência profissional em saúde, observou-se que equipe de saúde e usuários do pronto-socorro pediátrico sentem os prejuízos causados pela falta de suporte dos níveis primário e secundário de atenção em saúde. Diante desta realidade questiona-se**:** Qual o perfil dos pacientes internados na sala de observação do pronto-socorro pediátrico de um hospital escola? O Pronto Socorro Pediátrico, como o próprio nome diz trata-se de uma unidade de emergência, por esse motivo deveria atender pacientes que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco e agravo a saúde ou grau de sofrimento. Porém a necessidade de atenção tem se caracterizado como ambulatorial nesse cenário. Os atendimentos básicos nos serviços de urgência descaracterizam a proposta do sistema de saúde. Esse modelo de serviço passou a ser um dos principais tipos de atendimento utilizados pela população para a solução rápida de seus problemas, nem sempre de saúde, mas com a garantia de medicação, gerando uma superlotação dos serviços, com uma demanda crescente e interminável, o que acarreta atritos frequentes em suas portas[5]. **Objetivo:** Caracterizar o perfil dos pacientes internados na sala de observação do Pronto-socorro pediátrico de um hospital de ensino. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva, retrospectiva de abordagem quantitativa, em que o levantamento de dados será feito junto ao livro de registro de entradas e saídas de crianças do Pronto Socorro Pediátrico (PS-PED), de um hospital universitário da região centro-oeste do Rio Grande do sul. Nesse contexto, esse hospital é um dos poucos da região central do Estado que ainda atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde e presta diversos serviços especializados, constantemente a demanda apresenta-se superior a sua capacidade estrutural, e necessitam adequar-se as situações diversas[3]. A estrutura física do PS-PED é composta de: Sala de Observação com 5 leitos, Sala de Emergência com duas macas, Isolamento com 1 leito, Sala de Procedimentos, Sala para Nebulizações, Sala de Espera Pediátrica e dois Consultórios Médicos. Os recursos humanos do referido PS-Ped é composto por nove médicos pediatras, sete enfermeiros e seis técnicos de enfermagem São atendidos crianças e

adolescentes de zero a 14 anos e 6 meses, sendo admitidas em torno de 991 crianças por ano (média 83 criança/mês) (média 3 criança/dia) e destas, a maioria fica internada neste setor aguardando transferência para outros setores e/ou leito na unidade de internação pediátrica (UIP). (Regimento Interno HUSM, 1998) A população do estudo é composta pelo registro de todas as crianças e adolescentes que internaram no PS-PED, no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2013. Os dados serão coletados diretamente do livro de registros de entrada e saída de pacientes do Pronto Socorro-Pediátrico utilizando-se um formulário próprio que contém as variáveis que caracterizam: Idade, sexo, procedência, turno de internação, diagnóstico médico e encaminhamento do paciente. Após a coleta os dados serão digitados em planilhas do programa Excel, versão 2010. **Resultados esperados:** Acredita-se que conhecer o perfil das crianças atendidas no Pronto-socorro pediátrico e assim identificar os fatores que interferem na resolutividade dos problemas de saúde destas crianças irá trazer melhores subsídios aos profissionais, gestores e serviços de saúde para desenvolverem estratégias com objetivo melhorar a atenção à saúde da criança. Portanto, os indicadores que serão analisados neste estudo podem ser orientadores de ações em saúde no município de Santa Maria e também para outros municípios em todos os níveis de atenção em saúde. Além disto, será possível planejar ações para reduzir a morbimortalidade infantil por causas evitáveis por meio do atendimento das especificidades regionais conhecidas por este estudo e planejar estratégias para que atenção básica tenha uma função fundamental para o atendimento primário e secundário deixando para o pronto-socorro o que realmente é de sua demanda.

**Área temática**: Processos de cuidado.

**Descritores:** Saúde da Criança; Serviços médicos de emergência; Cuidados de enfermagem.
**Descriptors:** Child Health; Emergency Medical Services; nursing care;

**Descriptores:** salud al niñõ; Servicios Médicos de Emergencia; cuidado de enfermería al niño.

**Referências:**

1 Rodrigues, BMRD. et al. Tendências da pesquisa na saúde da criança e os desafios para Enfermagem brasileira. Revista de Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, 13:112-6 p; 2005.

2 Malucelli A, Otemaier KR, Bonnet M, Cubas MR, Garcia, TR. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev Bras Enferm 2010;63(4):629-36

3 BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 80 p, 2001.

4 Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situação de urgência e emergência. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(2): 266-72.

5 Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 2005. 97 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DA PELE DO RECÉM-NASCIDO EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

# EVALUATION SKIN CONDITIONS OF NEWBORN NEONATAL INTENSIVE CARE

# EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO EM CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL

SCHAEFER, Tania I.M.1
NEVES, Eliane T.2

1 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Email: taniamariga@gmail.com.
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Introdução**: Na assistência ao recém-nascido a preservação da integridade da pele é um aspecto importante do cuidado, constituindo um motivo de preocupação para os cuidadores, tendo que as lesões de pele predispõem o recém-nascido ao risco de adquirir infecções, podendo ainda causar seqüelas e cicatrizes irreversíveis, sendo muito importante uma assistência individualizada e com um olhar crítico para este cuidado. Nos cuidados em Unidade de Terapia Intensiva, torna-se um desafio para a equipe de enfermagem manter a integridade da pele do recém-nascido em razão da necessidade de fixar tudo endotraqueal, os sensores, as sondas, o cateter de infusão venosa, fazendo uso da tecnologia e ao mesmo tempo ter o cuidado excessivo de preservar esta membrana que corresponde a 13% da superfície corporal. A pele é uma membrana ainda em desenvolvimento no recém-nascido, dotada de características peculiares, e de excessiva sensibilidade, podendo ter suas funções prejudicadas diante de sua condição. Ainda no primeiro mês de vida, a pele do recém-nascido sofre várias modificações, compreendendo desde processos temporários causados por mecanismos fisiológicos até quadros permanentes decorrentes de enfermidades graves (FONTENELE et al, 2012). Para que o enfermeiro possa prestar uma assistência individualizada e diferenciada é necessário que este saiba identificar os tipos de lesões de pele e qual sua origem, atuando assim na prevenção de tais lesões e quando necessário no seu tratamento. Segundo Schardosim (2012), para prover o cuidado da pele do recém-nascido baseado em evidências, é de vital importância a padronização das ações de enfermagem. Muito já foi pesquisado sobre a manutenção da integridade da pele, porém a monitorização da condição da pele serve para nortear os cuidados, devendo, portanto, ser

realizada com atenção pelos profissionais e de maneira objetiva e sistemática. Os instrumentos ou escalas de medida devem ser inseridos na prática assistencial para padronizar a avaliação do estado de saúde dos pacientes e, em consequência desta, elaborar protocolos assistenciais. Nos dias atuais para cada procedimento de enfermagem existem formas de manter a integridade da pele, desde o cuidado com o banho, o uso de fitas adesivas, o uso de produtos antissépticos, uso de emolientes, cuidados com as punções venosas, cuidados na fixação de aparelhos para monitorização, mudança de decúbito, produtos como creme de barreira, loções hidratantes específicas para a pele do recém-nascido; para tanto é necessário que o enfermeiro esteja em constante atualização e aprimoramento para estar provendo destas tecnologias. E muitas vezes não são as tecnologias que precisamos e sim ver a pele do recém-nascido, como um órgão vital para a sobrevivência deste, pois é ela quem protege todos os órgãos internos de ações externas. **Objetivo**: Este projeto de dissertação de mestrado, tem como objetivo avaliar as condições da pele do recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Materiais e Método**: O presente estudo será de abordagem quantitativa, o qual será realizado em duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal do sul do Brasil, sendo uma localizada no Oeste de Santa Catarina e a outra na região central do Rio Grande do Sul. Para avaliar as condições de pele do recém-nascido será aplicada a Escala de Condição da Pele do Recém-nascido (ECPRN) e também será aplicado um formulário para caracterizar este recém-nascido. A Escala de Condição da Pele do Recém-nascido foi elaborada através da adaptação transcultural e validação clínica para uso no Brasil, da *Neonatal Skin Condition Score* (NSCS), a qual consiste em uma ferramenta amplamente utilizada na avaliação da condição da pele do recém-nascido em países cujo o idioma é o inglês. A Escala de Condição de Pele do Recém-nascido avalia três itens: secura, eritema e ruptura/lesões de pele. Cada um deles possui três alternativas de resposta, com pontuação que variam de 1 a 3, sendo que o escore final do instrumento poderá variar de 3 a 9, tendo como 3 a melhor condição da pele e 9 a pior condição de pele do recém-nascido. **Resultados**: Espera-se com este estudo, contribuir para a qualificação dos cuidados de enfermagem, perante o desafio de manter a integridade da pele do recém-nascido. Isto se torna desafiante, pois são várias as manipulações e procedimentos que podem causar lesões, desde uma fixação de fita adesiva até a necessidade de uso de ventilação com pressão positiva contínua. Na busca por literatura observam-se estudos que procuram conceituar os cuidados de enfermagem na integridade da pele, como também estudos que procuram prevenir as lesões de pele do recém-nascido com o uso de produtos e materiais que são específicos para este fim. Encontra-se ainda, estudos que identificam as lesões de pele do recém-nascido para posteriormente tratá-las. Ressalta-se a necessidade de estudos que padronizem a avaliação e os cuidados com a pele do recém-nascido, pois, observa-se algumas vezes, nas instituições de saúde, que a avaliação da pele é descrita nas evoluções médicas e de enfermagem de forma subjetiva pelos profissionais, podendo haver discrepância devido à subjetividade e experiência clínica de cada um. Na temática de cuidados com a pele é largamente utilizada em

pacientes adultos a Escala de Braden para a avaliação das úlceras de pressão, além da tolerância tecidual, sendo composto por seis subescalas (percepção sensorial, umidade da pele, estado nutricional, fricção e cisalhamento). Já nos cuidados com a pele do recém-nascido a Guideline de Cuidados com a pele da AWHONN, apresenta três diferentes instrumentos desenvolvidos para a avaliação da integridade da pele: *Neonatal Skin Condition Score* (NSCS), única já validada para uso na população neonatal. Outro instrumento é a Braden Q, utilizada em pacientes pediátricos e a *Starkid Skin Scale* (SSS) utilizada para avaliação de úlceras de pressão em pediatria (SCHARDOSIM, 2012). A avaliação da integridade da pele através de uma escala proporcionará detecção precoce e um bom atendimento para o recém-nascido na solução desses problemas. **Conclusões**: A padronização de condutas na assistência de enfermagem, visa garantir uma melhor qualidade desta assistência. Com os avanços na área da saúde, os profissionais desta área precisam sempre estar em constante aprimoramento e atualização, buscando construir conhecimento para uma melhor assistência. É necessário que o enfermeiro tenha consciência de suas ações e que estas estejam embasadas cientificamente para que possa orientar toda a equipe de enfermagem que com ele trabalha, prestando assim uma assistência de qualidade.

**Área Temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** recém-nascido; pele; cuidados de enfermagem.

**REFERÊNCIAS**

- FONTENELE FC, PAGLIUCA LMF, CARDOSO MVL. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. **Rev. Esc. Anna Nery**. 2012 Set; 16(3):480-5.

- ROLIM KMC, FARIAS CPX, MARQUES LC. Atuação da enfermeira na Prevenção de lesão de pele do recém-nascido. **Rev. Enferm. UERJ**. 2009 Out/dez; 17(4):544-9.

- SCHARDOSIM JM. **Adaptação Transcultural e Validação Clínica do Instrumento Neonatal Skin Condition Score para uso no Brasil.** (dissertação). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2012.

# O ALEITAMENTO MATERNO: OS CUIDADOS COM A MÃE E A CRIANÇA

# THE BREAST-FEEDING: THECARE WITHTHE MOTHERAND CHILD

# LALACTANCIA MATERNA: EL CUIDADODELAMADREY EL NIÑO

SCHUTZ, Costa Thais1
PFEIFER, Orlandi Cauana2
REZENDE, Soares Maristela3
WEIGELT, Dias Leni4

1Acadêmica do 1° semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC: Bolsista do Projeto Atenção a Criança e ao Adolescente. Thais.schutz@hotmil.com.
2Acadêmica do 7° semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC: Bolsista do Projeto Atenção a Criança e ao Adolescente, 3Acadêmica do 3° semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa cruz do Sul-UNISC: Bolsista do Projeto Atenção a Criança e ao Adolescente.
3Professora Enfermeira Mestre Docente do curso de enfermagem da Universidade Santa Cruz do Sul-UNISC; Integrante do Projeto Atenção à Criança e ao Adolescente.
4Professora Enfermeira Mestre Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Santa Cruz do Sul-UNISC; Integrante do Projeto Atenção à Criança e ao Adolescente.

**Introdução:** O leite materno é o alimento mais adequado para as crianças e, conforme a recomendação da Organização Mundial da Saúde, nos primeiros seis meses de vida, ele pode ser o único alimento, tendo em vista os aspectos nutritivos, imunológicos e psicológicos, além de favorecer o vínculo mãe-filho quando o ato de amamentar é desejado pela mãe. Após os seis meses, o leite materno precisa ser complementado com uma boa alimentação até os dois anos de idade. O primeiro leite, o colostro, permanece de um a quatro dias. A seguir, é produzido o leite de transição até o décimo dia, o qual é constituído de lactose, gordura e calorias, com menos imunoglobulinas e proteínas totais do que o colostro. O leite maduro, geralmente, inicia duas semanas após o parto. Este contém mais energia da lactose e gordura do que o colostro. Nas semanas seguintes, o leite da mãe apresenta quantidades reduzidas de algumas vitaminas e minerais. Os lipídios presentes são ricos em ácidos graxos insaturados, poliinsaturados, principalmente o ácido linoléico e, estes desempenham papel importante na formação do sistema nervoso central da criança, sendo considerado grande fonte de energia para o bebê. Quanto aos carboidratos, estes possuem uma maior quantidade de lactose, responsável por fornecer galactose para o cérebro e melhorar a absorção de minerais como cálcio, prevenindo doenças como raquitismo. O leite de uma mãe alimentada adequadamente fornece todas as vitaminas que

o bebê a termo, necessita, exceto a vitamina D. No que diz respeito ao ferro, os profissionais de saúde devem orientar, quanto à necessidade da introdução, lentamente, de alimentos complementares ricos em ferro, por volta dos seis meses de vida. No entanto, bebês pré-termo, com baixo peso ao nascer, com distúrbios hematológicos ou com reservas inadequadas de ferro ao nascer costumam precisar de suplementação antes de seis meses de idade, enquanto é mantida a amamentação exclusiva. Acrescenta-se ainda que, com o leite materno, a criança tem maior possibilidade de ter uma vida saudável, pois o leite possui muitas substâncias nutritivas, de proteção e de defesa, uma vez que os índices de imunoglobulinas são maiores, reduzindo a frequência de cólicas, evitando doenças como alergias e enterites, assim como diminui a probabilidade de anemia e, por ser fácil de ser digerido, não sobrecarrega o intestino e os rins. Como se trata de nutrição fundamental nesse período de vida, o incentivo para este ato deve ser realizado pelos profissionais da saúde, pois gera benefícios tanto para as crianças como para as mães. Contudo, é importante lembrar que não devem ser incentivadas ao aleitamento materno as mães portadoras de doenças que podem ser transmitidas pelo o leite, como o HIV positivo; tuberculose ativa em mães que não aceitaram o tratamento medicamentoso; e àquelas que manifestam não desejar amamentar, pois, neste caso, é preciso respeitar a vontade da mãe. Além dessas condições, muitos bebês até os seis meses de vida não são amamentados devido a outros motivos como: questões estéticas, em que as mulheres, principalmente as mais jovens, alegam o desconforto e a possibilidade de deformação da mama; e à falta de informação e preparação física e psicológica para o aleitamento materno. Por outro lado, fatores como a diminuição da chance de desenvolver câncer de mama e ovário, bem como o retorno do peso pré-gestacional contribuem para aceitação da amamentação pelas mulheres. Logo, uma mulher adulta com uma atividade física moderada precisa de 2000 a 2200 calorias e de 40 a 45 gramas de proteína por dia. Como na gravidez, acumulam-se reservas da ordem de 100-150 calorias por dia, a mulher, muitas vezes, termina a gestação com sobrepeso. Se estiver amamentando, o organismo retira aquela reserva acumulada para produzir o leite materno. Se a amamentação for exclusiva, ou seja, se todas as calorias que o bebê estiver consumindo forem de origem materna, a quantidade removida da mãe será maior. Portanto, se a mãe pára de amamentar precocemente, mantém as calorias que seriam usadas para fabricar o leite materno, preserva o peso ganho durante a gestação e demora mais tempo para voltar ao peso pré-gestacional. Assim, entendendo como fundamental a discussão dessa temática, o projeto de extensão, com caráter inter e multidisciplinar "Atenção à Criança e ao Adolescente" da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, tem como objetivo geral desenvolver ações interdisciplinares de atenção á gestantes, crianças e adolescentes, através de atividades de promoção, prevenção e recuperação que visem qualificar os serviços, o ensino e o cuidado aos usuários. **Objetivo**: Relatar algumas ações e resultados desse projeto, que tem em sua constituição, professores e estudantes dos cursos de enfermagem, nutrição, odontologia e educação física, e ao longo de seus dez anos de atuação, busca contemplar as necessidades das mães, intervindo de forma ampla no que diz

respeito aos cuidados com o corpo da mãe e do bebê, mas principalmente, focando-se nos benefícios do aleitamento materno, e, em suma, propor maior sustentabilidade aos seus usuários através da educação em saúde. **Metodologia:** No ambiente hospitalar, por meio de seus integrantes, são realizadas visitas, orientações e ações, junto às mães e seus familiares, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS),tendo como principais finalidades, garantir a saúde da mãe e da criança; estimular o vínculo entre ambas e a família; o auto cuidado; a amamentação; bem como sanar suas dúvidas. Logo, durante as visitas às enfermarias, enquanto o diálogo com as puerperas transcorre de maneira informal, possibilitando questionamento das mesmas, estas se mostram ávidas por informações mais prementes e necessárias. **Resultados**: As mães são estimuladas ao autocuidado, pois se apresentam interessadas nos benefícios do aleitamento materno, implementando as orientações recebidas. A redução das internações e reinternações de crianças, a satisfação das famílias com as ações desenvolvidas no meio hospitalar, tanto na maternidade como na pediatria, as condições de saúde das mães e das crianças refletem alguns resultados positivos das ações desse projeto. **Conclusão:** Considera-se que, na medida em que as mães, junto com seus familiares, sentem-se estimuladas e seguras quanto aos benefícios do aleitamento materno, as mesmas tornam-se multiplicadoras dessa prática em seu convívio e na comunidade. Portanto, o projeto, ao ampliar a visão e as informações dos usuários do SUS, estimulando o autocuidado e a amamentação, promove uma maior sustentabilidade nas famílias e nos serviços de saúde pela forma diferenciada de atenção à saúde da população.

**Área Temática:** Processo de cuidado

**Descritores:** Amamentação, Educação em Saúde, Leite materno

**Keywords:** Breastfeeding, Health Education, Breast Milk

**Palabras clave:** Lactancia Materna, Educación para la Salud, la leche materna

**Referências:**

1-Marques, R.F.S.V., Cunha, I.C.C., Aragón, M.G., Peixoto, V.S. Fatores relacionados às dificuldades no aleitamento materno entre mães adolescentes da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, *Revista Paraense de Medicina*, Belém mar. 2008, Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072008000100008&lng=pt&nrm=iss>. Acessado em: 28de maio de 2013

2-Oliveira, C.N.T., Oliveira, M.V. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados ao desmame precoce no município de Vitória da Conquista-BA, *Ciência & Desenvolvimento Revista Eletrônica FAINOR*, jan./dez. 2012. Disponível

em:<http://srv02.fainor.com.br/revista237/index.php/memorias/article/view/155>. Acessado em: 04 de junho de 2013

3-Carvalho, J.K.M., Carvalho, C.G., Magalhães, S.R. A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno, e-Scientia, dez. 2011. Disponível em: <http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/186>. Acessado em: 04 de junho de 2013

4-Barreto C.A., Silva L.R., Christoffel M.M., Aleitamento materno: a visão das puérperas, *Rev. Eletr. Enf.*, nov.2009, Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/v11n3a18.htm>. Acessado em: 04 de junho de 2013

5-Garcia, M.M.R.. Santos, J.G.. Lima, S.S.. Ferrari, R., O conhecimento das puérperas sobre preparo das mamas e aleitamento materno, *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, set./out. 2010, Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/232>. Acessado em: 04 de junho de 2013

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

# SEXUAL VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND TEENS: THE ROLE OF THE NURSE

# VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑOS Y ADOLESCENTES: EL PAPEL DEL ENFERMERO

SILVA, Júlia Heinz da1
NEVES, Eliane Tatsch2
BUBOLTZ, Fernanda Luisa3
CARVALHO, Janete Severo4
SANTOS, Raíssa Passos5
KINALSKI, Daniella Dal Forno6
BRUINSMA, Jamile Lais7

1 Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Bolsista PRAE. E-mail: juheinz@hotmail.com.br
2Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora Adjunta do Curso de Graduação e de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.
3 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.
4 Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.
5 Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Bolsista PRAE.
6 Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.
7 Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem. Bolsista PROIC/HUSM.

**Introdução:** Atualmente a incidência de casos que chegam aos serviços de saúde, envolvendo maus-tratos sexuais em crianças e adolescentes, tem sido cada vez mais frequentes o que vem ocasionando dúvidas em relação à abordagem e cuidados por parte da

equipe de enfermagem. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o abuso sexual de crianças como "o envolvimento de uma criança em atividade sexual que ela não compreende totalmente, não tem capacidade para dar seu consentimento informado ou para o qual a criança, por seu desenvolvimento, não esta preparada e não pode consentir ou que viola as leis ou tabus sociais".[1] Toda e qualquer situação de maus-tratos e violência é grave em qualquer fase da vida e principalmente na infância. As consequências à criança são diversas incluindo em sua maioria traumas físicos, psicológicos, emocionais e sociais, persistindo até a idade adulta. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante proteção a da criança e do adolescente de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, a seus direitos.[2] O descumprimento desta lei pode vir a ser considerado crime. O enfermeiro, como parte da equipe de saúde, recebe diariamente casos de crianças e adolescentes vítimas de maus- tratos sexuais no serviço e em diferentes níveis de atenção. Este profissional tem um papel fundamental no reconhecimento de sinais consequentes desse tipo de violência que muitas vezes encontram-se implícitos. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo: verificar o que está sendo produzido na literatura brasileira acerca da violência sexual na infância. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica do tipo narrativa realizado nas bases de periódicos da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) acessando-se o LILACS (Sistema Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde) e o SCIELO (Scientific Eletronic Library Online). Durante o mês de dezembro de 2012. Foram encontradas vinte e duas publicações, sendo dezenove da base de dados LILACS e três da SCIELO, utilizando as seguintes palavras: maus-tratos sexuais infantis *and* enfermagem. Para a seleção das publicações foi realizada a leitura dos títulos e dos resumos. Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: publicações dos últimos cinco anos, na língua portuguesa e que estavam disponíveis *on line*. Após seleção dos artigos, procedeu-se a leitura e organizou-se o *corpus* de analise conforme semelhança dos assuntos no decorrer dos textos a fim de responder aos objetivos do estudo. Restaram sete artigos para a análise final e reflexão. **Resultados e discussão:** Todos os artigos encontrados na pesquisa tinham enfermeiros como autores. Quanto ao tipo de pesquisa utilizada, dois eram artigos de revisão, dois eram pesquisas qualitativas e três eram pesquisas quantitativas. Os sujeitos das pesquisas foram na maioria enfermeiros. Estudos demonstraram que as consequências da violência sexual contra crianças e adolescentes são variadas, as quais se apresentam em diversos níveis de gravidade e deixam marcas que o indivíduo carrega por toda a vida.[3-4] Dentre os principais danos estão os físicos, como: lesões genitais e anais, como lacerações, fissuras, sangramentos, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, entre outros. E, os danos psicossociais, que incluem: distúrbios de sono e alimentação, baixo rendimento escolar, fugas de casa, depressão, uso abusivo de substâncias psicoativas, delinquência, prostituição e risco de revitimização ao longo da vida. Quanto aos agressores observou-se que os maus-tratos sexuais são em sua maioria de origem intrafamiliar, ou seja, os autores são pessoas da família, como pais, irmãos mais

velhos, tios, padrastos, amigos da família, etc. As vítimas são na maioria das vezes do sexo feminino e a faixa etária varia bastante, sendo mais comum próximo a adolescência. Em relação à atuação dos enfermeiros, os estudos evidenciaram em sua maioria que qualquer intervenção do enfermeiro em casos de violência sexual da criança é ampla e complexa e tem como objetivo principal evitar danos maiores. Cabe à enfermagem diagnosticar os principais problemas que contribuem para a prática do abuso sexual infantil, atentando para os sinais físicos, comportamentais da criança e também para as características apresentadas pela família. Destaca-se também a importância do cuidado humanizado com as crianças e adolescentes vitimizados, que não se limita a ações técnicas, e sim envolve o emocional não só de quem é violentado, mas também da família da própria equipe envolvida no cuidado.5 Outra ação importante nesses casos é a escuta qualificada, que vem a ser como parte do cuidado humanizado. Os profissionais da saúde, em especial o Enfermeiro, necessitam estar sensíveis à escuta e percepção de situações de violência que as crianças e adolescentes possam estar vivenciando, ouvir atento, expressando que se importa com a pessoa que está diante de si. Ações educativas, como orientações aos pais sobre o direito da criança crescer sem violência e os efeitos da mesma para a saúde da vítima, também fazem parte da atuação do enfermeiro em casos de maus-tratos sexuais. Por isso, o enfermeiro deve estar ciente da legislação de proteção aos direitos da saúde das crianças e das atitudes a serem assumidas diante desses casos. Assim, possibilita o acompanhamento da situação da criança e sua família durante e após o seu atendimento e os desdobramentos jurídicos envolvidos quando se constata a suspeita de abuso sexual. **Conclusão:** Diante da análise dos estudos selecionados concluímos que o enfermeiro pode e deve ter ação decisiva frente à realidade diária de violência sexual contra a criança e adolescente. Além de reconhecer e identificar os sinais clínicos de maus-tratos sexuais e os indicadores psicossociais, o enfermeiro deve estar ciente da legislação de proteção aos direitos da saúde das crianças e das atitudes a serem assumidas diante desses casos. Destacamos a necessidade dos profissionais buscarem treinamentos técnicos e psicológicos específicos para prestar esse tipo de atendimento e também das instituições de ensino e de trabalho estar incentivando essa capacitação. Destacamos ainda a importância de o enfermeiro estar engajado em ações educativas, uma vez que educar está dentro de suas atribuições como profissional. Essas ações devem voltar-se também a família das vítimas e não somente as crianças e adolescentes envolvidos. Frente à família vale salientar todas as questões previstas em lei relacionadas aos direitos das crianças e frente às crianças cabe destacar seus próprios direitos e explicar questões relacionadas à sexualidade. Além do mais, ressalta-se que a humanização e a escuta qualificada são importantes instrumentos de cuidado utilizados pela enfermagem e devem estar cada vez mais presentes em todos os cenários de atenção de saúde.

Á**rea temática:** Processos de cuidado**.**

**Descritores:** Saúde da criança; Violência Sexual; Enfermagem; Família.

**Descriptors:** Child health; Sexual Violence; Nursing; Family.

**Descriptores:** Salud Infantil; La Violencia Sexual; Enfermería; Familia.

**REFERÊNCIAS**

1. World Health Organization (WHO). Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneve; 2003.

2. Brasil. Presidência da República. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília(DF); 1990 Jul 16.

3. Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. Acta Paul. Enferm. 2012;25(6):895-901.

4. Ciuffo LL, Rodrigues BMRD, Cunha JM. O enfermeiro na atenção à criança com suspeita de abuso sexual: uma abordagem fenomenológica. Online Brazilian Journal of Nursing, Vol 8, No 3 (2009).

5. Woiski ROS; Rocha, Brandalize DL. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. Esc. Anna Nery Rev. Enferm;14(1):143-150, jan.-mar. 2010.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ANÁLISE DO CONHECIMENTO PRODUZIDO ACERCA DO SUPORTE SOCIAL E DA AUTO-EFICÁCIA RELACIONADOS À HIV\AIDS

# ANALYSIS OF THE KNOWLEDGE ABOUT SOCIAL SUPPORT AND SELF EFFICACY RELATED TO HIV \ AIDS

# ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE PRODUCTOS DE APOYO SOCIAL Y AUTOEFICACIA RELACIONADOS CON EL VIH \ SIDA

OLIVEIRA, Rafael da Silva1
MURARO, Monica de Fátima Rossato2
SANTOS, Wendel Mombaque dos3
MARCHI, Maressa Claudia de3
PADOIN, Stela Maris de Mello4

1 Estudante, Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Bolsista PROIC HUSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS). rafa_s.oliveira@hotmail.com
2 Estudante, Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Bolsista PROIC HUSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado á Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP_PEFAS).
3 Enfermeiro(a), Mestrando(a) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do GP_PEFAS.
4 Enfermeira, Doutora Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do GP_PEFAS.

**Introdução:** No início da década de oitenta do século passado, começaram a ser identificados os primeiros casos de AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida) e, após mais de duas décadas de descoberta do HIV (vírus da imunodeficiência humana), ainda nos deparamos com desafios para a compreensão dos vários aspectos suscitados por essa epidemia. Compreende-se a epidemia do HIV/aids como problema de saúde pública, tendo em vista suas consequências sobre o processo de governabilidade e sustentabilidade das nações e sociedades.[1] É notável o crescimento da produção científica na Enfermagem, principalmente nas duas últimas décadas. Nesse sentido, é importante destacar a contribuição decisiva dos programas de pós-graduação como espaço de apoio e desenvolvimento da reflexão, análise e crítica na/da relação teórico-prática no campo da Enfermagem. Este processo possibilita também, dar outras visibilidades à área na busca da sua autonomia e identidade profissional socializando maneiras de conhecer, ser e fazer Enfermagem. Atualmente, apesar dos esquemas terapêuticos estarem simplificados, com a

disponibilidade de combinações de medicamentos cujo uso é mais fácil, existem desafios para a adesão ao TARV, entre eles a rede social de apoio e a auto-eficácia do tratamento medicamentoso[2]. **Objetivos:** Estudo consiste em uma revisão da literatura, que visa sintetizar, reunir e delimitar os resultados de pesquisa sobre questionários de auto-eficácia de pessoas que vivem com HIV\AIDS. **Metodologia:** Para a revisão foram seguidas as etapas: identificação do tema, seleção da questão de pesquisa e definição dos objetivos, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, estabelecimento das informações a serem extraídas dos artigos, análise, discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados[3]. Para orientar este estudo, foi formulada a seguintes questão de pesquisa: De que forma esta sendo utilizado o instrumento de auto eficácia do tratamento antirretroviral nas pesquisa científicas? A busca bibliográfica foi desenvolvida nas bases de dados eletrônicas Scopus, PubMed, Web of Science, LILACS, Science Direct e MEDLINE. De modo que foram utilizadas as seguintes palavras\palavras-chave\descritores\Mesh Terms: "HIV", "acquired immunodeficiency syndrome", "questionnaires", e "self-efficacy". Para a seleção dos descritores foi utilizado o vocabulário estruturado e trilíngue DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), sendo utilizado somente descritores em inglês por ser a língua oficial que há maior número de publicações e mesmo quando publicados em outras línguas geralmente há a presença de resumos em inglês. O levantamento dos estudos correu no mês de maio de 2013. Tendo como critérios de inclusão: artigos de pesquisa disponíveis em inglês, português, espanhol ou alemão; artigos de pesquisa. Os critérios de exclusão foram: temática não adequada ao tema proposto; artigos sem resumo na base de dados ou incompletos; não ter conseguido o artigo na integra. Para a verificação da área temática foi realizado uma tabela contendo titulo do artigo, resumo, base de dados ao qual estava vinculado e número de identificação naquela base de dados, de modo a garantir uma avaliação cega pelos pesquisadores, evitando possível viés de pesquisa. Após a leitura completa dos manuscritos selecionados, foi preenchido um instrumento de fichamento contendo: referência, resumo, principais resultados e subárea do conhecimento. Visando a redução de possível viés de aferição dos manuscritos (erro de interpretação dos resultados e do delineamento), três pesquisadores realizaram todas as etapas descritas anteriormente de forma independente, os quais posteriormente foram comparados. Havendo a divergência em um artigo no momento do recorte temático o mesmo é retirado da analise devido a um dos pesquisadores compreender que este não seria necessário para a análise, evitando assim a arguição entre os pares, de modo a manter um maior rigor metodológico. Após leitura artigos selecionados, foi preenchido um instrumento contendo: referência, país onde o estudo foi realizado, subárea do conhecimento, objetivo e metodologia do estudo e principais resultados do estudo. **Resultados:** Os estudos foram classificados conforme os níveis de evidências descritos por Melnyk e Fineout-Overholt[4], o qual é composto por 7 níveis, sendo primeiro nível o com maior nível de evidencia e o sétimo o menor . Com relação ao instrumento da auto-eficácia a maior parte dos estudos foi publicada entre os anos de 2005 a 2012 (80%). Os Estados

Unidos da América concentrou a maior parte das publicações (80%), sendo seguido pela China (10%) e México (10%). Quanto às subáreas de conhecimento, a maioria pertencia a Enfermagem (40%), Medicina (30%) e Psicologia (30%). A análise dos estudos relacionados a auto eficácia (n=10) Com relação ao nível de evidência os artigos relacionados a auto-eficácia social apresentaram níveis 3 (20%) e 4 (80%).A análise dos estudos da auto-eficácia demonstraram que os questionários relacionados a auto-eficácia estão sendo utilizados para avaliar a aderência de medicações, sintomas depressivos, apoio social, validação de escala, características psicométricas da auto-eficácia, uso de preservativos. Dentre os fatores observados nos estudos da auto-eficácia, pode destacar os seguintes aspectos: que a auto eficácia é afetada diretamente por sintomas depressivos, e indiretamente pelo apoio social; a escala pictográfica da cor foi convergente para o teste da auto-eficácia; a escala de auto-eficácia realizada para uma população EUA foi validada para população mexicana; o uso de preservativo não apresentou relevância com a auto-eficácia; baixa auto-eficácia devido a discriminação de profissionais da saúde; demonstrou fatores psicométricos da escala da auto-eficácia; a confiança do parceiro auxilia na auto-eficácia do tratamento. **Conclusão:** Este estudo averiguou a produção científica da enfermagem brasileira acerca do instrumento de auto eficácia em pessoas que vivem com HIV/AIDS, de modo que observa-se a importância das produções cientificas desenvolvidas até o momento, porém é preciso aprofundar mais o conhecimento sobre a auto-eficácia devido as suas peculiaridades, afim de facilitar uma assistência integral, interdisciplinar e humanizada aos pacientes.

**Área temática:** Processo de cuidado.

**Descritores:** HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Questionários; Auto-Eficáfia Enfermagem.

**Referências:**

1 POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 15, p. 1201-1208, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700029&nrm=iso>.

2 RODRIGUES, R. M.; BAGNATO, M. H. S. Pesquisa em enfermagem no Brasil: problematizando a produção de conhecimentos. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 56, p. 646-650, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000600011&nrm=iso>.

3 MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. D. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem,** v. 17, p. 758-764, 2008. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&nrm=iso>.

4 MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERH, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. **Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins**, 2005.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# SUPORTE SOCIAL DE ADULTOS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

# SOCIAL SUPPORT OF ADULTS WHO LIVE WITH HIV/AIDS

# APOIO SOCIAL PARA LOS ADULTOS QUE VIVEN COM EL HIV/AIDS

DE MARCHI, Maressa Claudia1
PADOIN, Stela Maris de Mello2
MAGNAGO, Tania Bosi de Souza3
BOHRER, Clarissa4
SANTOS, Wendel Mombaque5
ZUGE, Samuel Spiegelberg6

1 Enfermeira, mestranda do PPGEnf da UFSM, maressademarchi@gmail.com
2 Enfermeira, professora adjunta do PPGEnf da UFSM, stelamaris_padoin@hotmail.com
3 Enfermeira, professora adjunta do PPGEnf da UFSM, tmagnago@terra.com.br
4 Enfermeira, mestranda do PPGEnf da UFSM, clabohrer@gmail.com
5 Enfermeiro, mestrando do PPGEnf da UFSM, wendelmombaque@hotmail.com
6 Enfermeiro, mestre em Enfermagem pela UFSM, samuelzuge@gmail.com

**Introdução:** A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), doença causada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), configura-se como um problema de saúde pública no mundo. Tal fato se justifica por esta ser uma doença crônica, sem cura, pela vulnerabilidade para se proteger da infecção pelo HIV e do adoecimento pela aids, somados ao desafio da adesão ao Tratamento Antirretroviral (TARV), fator determinante para a redução da morbimortalidade. Entre o período de 1980 a 2011, foi notificado um total de 608.230 casos de aids no Brasil, sendo 123.069 casos (20,2%) na Região Sul, ocupando a segunda posição. Com relação às faixas etárias, em 2010, observa-se que a maior proporção de notificações (24,8%) encontra-se entre 20 e 49 anos de idade e a maior taxa de incidência 35 a 39 anos de idade (38,1 casos/100.000 hab).[1] O Brasil é o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso gratuito aos diagnósticos de HIV e ao TARV, por meio da lei no 9313/96, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, o sucesso do TARV depende dos níveis de adesão, que determinam a resposta terapêutica. A adesão constitui um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre as pessoas com HIV/aids e a equipe, juntamente com a rede social. Nesse sentido, a complexidade de conviver com uma doença crônica, como a aids, demanda apoio específico de forma a impedir a ocorrência de agravos

de saúde. O suporte social e as estratégias de enfrentamento têm influência sobre o bem-estar psicológico de pessoas com HIV/aids. Principalmente, devido às situações de preconceito que ainda caracterizam as reações sociais à soropositividade, as quais podem levar ao isolamento e à restrição dos relacionamentos sociais tendo impacto negativo na manutenção e estruturação da sua rede social de apoio.[2] De forma abrangente e geral, o suporte social pode ser compreendido como qualquer processo em que relações sociais promovem saúde e bem-estar. E exerce um papel fundamental na vida do indivíduo cumprindo importantes funções nas dimensões social, psicológica e comportamental. Assim, pode diminuir o risco de agravamento de tais doenças ao promover comportamentos relevantes para o seu manejo e controle. **Objetivos:** Reconhecer como e para que o suporte social é fornecido para as pessoas que vivem com HIV/aids. **Metodologia:** A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) no sistema online de busca - PubMed. Utilizou-se a seguinte estratégia de busca: "social support" [MESH] AND "acquired immunodeficiency syndrome" [MESH], com a seleção dos filtros texto completo disponível, resumo online, publicação no recorte temporal de 1996 a 2011, adulto: 19 ou mais anos, adulto: 19 a 44 anos e idade: 65 anos ou mais. O levantamento dos estudos ocorreu em maio de 2012. Para selecionar as produções científicas, os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa na temática de suporte social de adultos com HIV/aids; disponíveis na íntegra *online;* em idioma português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. O recorte temporal utilizado foi de 1996, em virtude do início do TARV no país, até 2011. Encontraram-se 214 estudos. A seleção dos estudos foi desenvolvida por meio da leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 42 artigos. Para o acesso ao texto completo, foram usados os seguintes recursos: busca no portal do periódico em que o artigo foi publicado e busca no portal CAPES. Desenvolveu-se a análise de conteúdo que conta com três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados.[3] **Resultados:** Na análise dos estudos foi possível descrever *como* foi fornecido o suporte social para as pessoas que vivem com HIV/aids e *para que*, ou seja, foi possível reconhecer as finalidades ou implicações do suporte social na vida das pessoas e também no grau de adesão. Na categoria *como* o suporte social é fornecido aos adultos com HIV/aids tem-se questões que incluem o bem estar psicológico, o suporte emocional, a inclusão social no trabalho e nos serviços de saúde, a informação recebida de modo informal ou formal, a motivação ao autocuidado e a participação em grupos de apoio.[4] No que se refere ao bem estar psicológico, níveis mais altos de suporte social foram significativamente associados a níveis mais baixos de sintomas de culpabilização ($p<0,01$). Esses achados têm implicações clínicas na promoção de bem estar psicológico, propiciando menos dificuldades cognitivas e ausência de depressão. O suporte emocional recebido pelos pacientes varia de acordo com as fontes e se subdivide em expressão de amor e preocupação, encorajamento e *feedback* positivo, ser confidente e fornecer perspectivas filosóficas e espirituais. Esse tipo de suporte foi um preditor significativo ($p<0,05$) nos resultados de exames laboratoriais de células CD4 e nos

índices de qualidade de vida. A inclusão social aumentou os sentimentos positivos, suporte social e melhoras percebidas no acesso aos cuidados de saúde e relacionamentos sociais, influenciando indiretamente na qualidade de vida. O suporte informacional não se refere somente a obter informações, mas também a receber conselhos. Embora sujeitos de estudo não percebam as famílias como fontes de informação, eles identificaram a falta de conhecimento da família sobre HIV/aids como uma barreira para obter ajuda e relataram estarem insatisfeitos com esse tipo de suporte. Assim, novos meios de suporte informacional como a internet relacionada à saúde servem como um meio de obter informações adicionais e trocas de experiências, sendo relacionado a melhores comportamentos de saúde, incluindo a adesão ao tratamento antirretroviral. O seu uso como meio de estratégias de enfrentamento proporcionando suporte social, está relacionado a benefícios de saúde. O TARV e o suporte social foram significativamente ($p<0,01$) e ($p<0,05$), respectivamente, associados a efeitos positivos nas estratégias de autocuidado e diminuição dos sintomas da doença. No que se refere a grupos de apoio, estudo realizado com adultos com HIV/aids frequentadores de um grupo de apoio religioso cristão apontou que o suporte social melhorava o enfrentamento da doença por meio da religião e da bíblia. A categoria *para que* engloba os estudos em que surgem as finalidades do suporte social, e as implicações na vida da pessoa e na adesão ao TARV. Assim, tem-se as questões relacionadas a qualidade de vida, a obtenção de melhor saúde mental e a influencia na adesão. Estudo com o objetivo de analisar as relações causais entre idade, tratamento antirretroviral, suporte social, sintomas, estratégias de autocuidado e qualidade de vida relacionada à saúde, apontou que o suporte social teve efeito positivo ($p<0,001$) na qualidade de vida dos 422 sujeitos participantes.[5] Resultados de outros estudos também revelam que o suporte social é significativamente associado à qualidade de vida. No que se refere a melhor saúde mental, ter uma ou mais pessoas consideradas importantes na rede social foi associado a estados positivos de saúde mental. Assim o suporte social, foi associado a menores sintomas depressivos e de ansiedade, além de melhor afeto positivo. Participantes de estudo mencionaram que as relações sociais e o suporte social como sendo importante para a adesão continuada. Assim, o nível de apoio influencia diretamente na adesão ao TARV. **Principais Conclusões:** Dessa forma, o suporte social por meio de intervenção e apoio psicológico pode influenciar o grau de adesão. Principalmente quando se refere aos adultos que tem dificuldades para cumprir as prescrições devido à complexidade do tratamento. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a importância do suporte social, sua influência no processo de adesão ao TARV e no enfrentamento da doença, a fim de promover qualidade de vida e impedir agravos a saúde. Este estudo pertence à área temática de processo de cuidado.

**Descritores:** Apoio Social; Saúde do Adulto; Enfermagem

**Descritores inglês:** Social Support; Adult Health; Nursing

**Descritores espanhol:** Apoyo social; Salud del adulto; Enfermería

**REFERÊNCIAS:**

Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional DST/AIDS. Bol Epidemiol AIDST. Versão preliminar. [On-line] 2011 Brasília (DF); 2012.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo(SP): Hucitec; 2008.

Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22*(3), 317-326.

HLONGWANA, K.; MKHIZE, S. HIV/AIDS through the lens of Christianity: perspectives from a South African urban support group. SAHARA J., v.4, n.1, p.556-563, 2007.

TANGKAWANICH, T.; YUNIBHAND, J.; THANASILP, S., et al. Causal model of health: health-related quality of life in people living with HIV/AIDS in the northern region of Thailand. Nurs. Health Sci., v.10, n.3, 2008.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# AÇÕES EXTENSIONISTAS PARA O APRIMORAMENTO DO ATENDIMENTO MULTIDICIPLINAR DE QUEIMADURAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

# ACCIONES EXTENSIONISTAS PARA LA MEJORA DEL ATENDIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE QUEMADURAS: UN RELATO DE EXPERIENCIA

# EXTENSIONISTS ACTIONS FOR IMPROVEMENT OF BURNS MULTIDISCIPLINARY ATTENDANCE: AN EXPERIENCE REPORT

SANTOS, Evelyn Andrade dos1
ALVES, Carolina Gulart2
SILVA, Jênifer de Oliveira da3
BARTEL, Tainã Eslabão4
STURBELLE, Isabel Cristina Saboia2
MARTINS, Caroline Lemos5
BAZZAN, Jessica Stragliotto2
ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena6

1Acadêmica do 5º semestre da Faculdade de Enfermagem (FEn)da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Bolsista PROBEC do Grupo de Extensão e Pesquisa em Queimaduras (GEPQ);Contato: evelyn_andrade87@hotmail.com 2Acadêmica do 8º semestre da FEn da UFPel. Membro do GEPQ;
3Enfermeira, pela FEn da UFPel. Membro do GEPQ;
4 Acadêmico de Enfermagem do 8° Semestre da FEn/UFPel. Bolsista PROBEC e Membro do GEPQ
5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da FEn da UFPel;
6Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Docente da FEn da UFPel. Coordenadora do GEPQ.

**INTRODUÇÃO:** Queimadura é toda lesão causada por agentes térmicos, químicos, elétricos, ou radioativos, capazes de originar lesões de grande profundidade destruindo parcialmente ou totalmente a pele, músculos, tendões e ossos[1]. Os agentes térmicos são a principal causa de queimaduras sendo a escaldadura responsável por quase a metade dos casos[2]. Grande parte das lesões por líquidos superaquecidos ocorrem na cozinha, com crianças acompanhadas por adultos, as crianças, entre zero e 10 anos, seguido pelos adultos jovens, no ambiente de trabalho1. A queimadura é considerada um grande problema para a saúde brasileira devido não apenas ao alto índice de mortes relacionadas, mas também à ocorrência de sequelas físicas e psíquicas de intensidade variável. O Tratamento de queimaduras é altamente oneroso para o indivíduo e o Sistema Único de Saúde, justificando a necessidade de investimentos em campanhas de prevenção que visem à redução do número de acidentes, através de ações simples e de menor custo[3]. Faz-se necessário a

implementação de programas educativos que utilizem o espaço escolar para desenvolver o aprendizado dirigido às crianças, estabelecendo uma cultura de prevenção para novas gerações. São necessários ainda programas de prevenção voltados para o público adulto e idoso que embora possam dispor do conhecimento, frequentemente necessitam de uma sensibilização quanto à prevenção destas injúrias[1]. O trauma por queimadura não deve ser classificado como acidente, pois este define-se como algo não evitável o que em grande parte dos casos não se aplica a este tipo de injúria, pois as queimaduras na maioria das vezes podem ser evitadas[2]. O atendimento correto, precoce e contínuo é essencial para a reabilitação de uma vítima de queimadura, reduzindo assim o número de sequelas, tempo de internação e a incidência de morte. Esta modalidade de assistência necessita de uma equipe multiprofissional, que deverá estar capacitada para prestar atendimento durante o processo de recuperação incluindo o período de internação e após a alta[4]. A interdisciplinaridade da assistência ao queimado requer uma abordagem humanizada, onde são necessárias ações conjuntas de diversos profissionais da saúde com diferentes formações. Tal cuidado envolve varias especialidades médicas, como intensivismo, infectologia, clínica médica, pediátrica, cirurgia plástica, enfermagem, serviço social, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição e fonoaudiologia[5]. Considerando a relevância dessa temática, torna-se necessário aprimorar o conhecimento de acadêmicos e profissionais da área da saúde sobre prevenção, primeiros socorros e tratamento de queimaduras. Nesta perspectiva, o Grupo de Extensão e Pesquisa em Queimaduras (GEPQ), vinculado à faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) promoveu o 2° Seminário de Queimaduras: Abordagem Multidisciplinar. Atividades como esta consideram-se relevantes, pois visa levar informação aos profissionais de saúde e à população promovendo a identificação de riscos, medidas de prevenção e cuidados especializados as vítimas de queimaduras. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem e Integrantes do GEPEQ na organização do 2º Seminário de Queimaduras. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência acerca da organização de um Seminário sobre atendimento multidisciplinar ao paciente vítima de queimadura. O evento foi promovido pelo GEPQ como parte das atividades extensionistas delineadas no Projeto de Extensão intitulado: "Ações de prevenção e reabilitação às queimaduras: minimizando danos e educando para a saúde". A proposta incluiu uma programação de abordagem multidisciplinar contando com a presença de palestrantes experientes no atendimento a pacientes queimados, como, biomédico, cirurgião plástico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo e terapeuta ocupacional, sendo o público alvo profissionais e acadêmicos das distintas áreas de saúde. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O evento ocorreu entre os dias 6 e 8 de junho de 2013 em turnos alternados no auditório da faculdade de Direto da UFPel, contou com 210 participantes, dentre eles, acadêmicos e profissionais da área da saúde (enfermagem, medicina, fisioterapia, nutrição e terapia ocupacional), sendo possível atingir um público multiprofissional. Os temas abordados foram: 1) Sociedade Brasileira de Queimaduras: 17 anos de trabalho; 2) 1º Atendimento ao

Queimado; 3) Fisiopatologia das lesões respiratórias em queimados, 4) Abordagem Multidisciplinar (fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, medicina e psicologia) no período de internação e alta hospitalar; 5) Curativos: novas tecnologias, por exemplo, discussões acerca de tratamentos cirúrgicos ou não, com a utilização de matriz dérmica e enxertos de pele; e utilização de coberturas a base de parta, elaboradas a partir da nanotecnologia; e 6) Banco de pele: organização, captação e disponibilização. Após apresentação dos temas mencionados foi proporcionado aos participantes proporem questionamentos aos palestrantes, a fim de sanar as dúvidas existentes acerca da temática exposta. Desta forma proporcionou-se momentos de reflexão e discussão sobre assuntos relacionados ao tema, além de troca de experiências entre os presentes. O evento contou ainda com o relato de vivência de uma paciente que sofreu queimadura há dois anos, contribuindo com a reflexão acerca da importância de ações de prevenção, salientando a relevância de ações e eventos que abordem a temática. A todos os inscritos foi disponibilizado um panfleto educativo elaborado pelo GEPQ, assim como outros materiais (boletins informativos, gibis de prevenção e Revista Brasileira de Queimaduras) no intuito de compartilhar informações ampliando o acesso ao conhecimento. O material distribuído aborda situações cotidianas de exposição a acidentes por queimaduras objetivando informar acerca da prevenção, bem como orientar o primeiro atendimento a acidentes envolvendo queimadura, assim minimizando o possível agravamento das lesões por condutas inadequadas. Por meio de atividades efetivas de prevenção às queimaduras, é possível reduzir significativamente o número de ocorrências, bem como, a redução dos altos custos em decorrência do tratamento e reabilitação das vitimas desta ingúria[2]. O evento possibilitou ampliar o conhecimento sobre a assistência ao paciente queimado, reafirmando a importância da equipe multidisciplinar e alertando o profissional da permência em manter-se atualizado. **CONCLUSÃO:** Tendo em vista que grande parte das ocorrências por queimaduras são ocasionados pela carência de informações, e que a assistência adequada é fundamental para abreviar o período de recuperação da vítima de queimaduras, o evento contribuiu com a aproximação de acadêmicos e profissionais da área de saúde e promoveu um importante espaço de discussão acerca de estratégias para prevenção, primeiros socorros e promoção da assistência qualificada ao paciente queimado. Acredita-se que a realização deste evento contribuiu frente a essa importante temática despertando interesse dos acadêmicos e capacitando profissionais. Entretanto, considera-se que é necessário ampliar a discussão sobre a temática, em distintos espaços de formação, por exemplo, nos programas curriculares de graduação das áreas envolvidas no cuidado multidisciplinar, e investir na capacitação e atualização dos profissionais atuantes na rede básica e hospitalar. Faz-se necessário ainda a divulgação em meios de comunicação das ações voltadas para prevenção e primeiros socorros que contribuam na redução destes acidentes, utilizando o potencial natural de disseminação de conhecimento dos indivíduos em prol da prevenção de queimaduras.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processo de Cuidado

**DESCRITORES:** Queimaduras; Prevenção e Tratamento; Educação em Saúde.

**DESCRIPTORES:** Quemaduras; Prevención y Tratamiento; Educación en Salud.

**DESCRIPTORS:** Burns; Prevention and Treatment; Health Education.

**REFERÊNCIAS:**

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 20 p.

2. Nazário NO, Leonardi DF. Queimaduras atendimento pré- hospitalar. Palhoça. Editora: Unisul, 2012. 208 p.

3.Takejima ML, Netto RFB, Toebe BL, Andretta MA, Prestes MA; Takaji JL. Prevenção de queimaduras: avaliação do conhecimento sobre prevenção de queimaduras em usuários das unidades de saúde de Curitiba. Rev. Bras. Queimaduras 2011; 10(3): 85-8.

4. Moreira CA, Reis IF, Costa ACSM. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos na unidade de tratamento de queimados no município de Aracaju (SE). Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde, Aracaju. 2011; 13(14): 111-27.

5. Costa AP, Afonso CL, Demuner JMM, Moraes JM, Pires WC. A importância da liga acadêmica de queimaduras. Rev. Bras. Queimaduras. 2009, 8(3): 101-5

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# GRUPO DE APOIO PARA FAMILIARES/CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM HIV/AIDS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

# SUPPORT GROUP FOR FAMILY MEMBERS/CAREGIVERS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH HIV/AIDS: EXPERIENCE REPORT

# GRUPO DE APOYO PARA LOS FAMILIARES/CUIDADORES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON VIH/SIDA: RELATO DE EXPERIENCIA

TASSINARI, Taís Tasqueto1
PAULA, Cristiane Cardoso de2
PADOIN, Stela Maris de Mello3
SILVA, Clarissa Bohrer da4
PIOVESAN, Graziela5

1 Acadêmica do 3° semestre de Enfermagem. Bolsista do Fundo de Incentivo à Extensão (FIEX) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Contato: taistasquetotassinari@gmail.com
2 Enfermeira Doutora. Profa Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM.
3 Enfermeira. Doutora. Profa Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM.
4 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Bolsista FAPERGS/CAPES.
5 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM.

**Introdução:** A evolução da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil mostrou a tendência de juvenização da epidemia. A mudança no perfil epidemiológico da doença implicou na formação de políticas públicas específicas e avanço do tratamento, que resultou na sobrevida e melhora na qualidade de vida das crianças e adolescentes com HIV/AIDS[1]. A epidemia da AIDS na população de crianças e adolescentes se configura como um problema de saúde pública na perspectiva preventiva de novos casos e na perspectiva assistencial daqueles já infectados. A condição sorológica resulta em demandas habituais de cuidado no que se refere ao processo de crescimento e desenvolvimento somado à especificidade do HIV/AIDS, como o acompanhamento dos aspectos clínicos e terapêuticos. O perfil epidemiológico da AIDS é resultado tanto da vulnerabilidade a exposição horizontal ao HIV quanto à sobrevivência das crianças infectadas por transmissão vertical[2]. As implicações para o cuidado de enfermagem pautam-se na fragilidade clínica, na demanda de cuidados contínuos e na prevenção da transmissão para outros e da reinfecção. Eles necessitam de atendimento por profissionais de diversas especialidades e adesão ao tratamento. Além disso, a família necessita de ações de

educação em saúde de forma contínua para apoiar o cuidado cotidiano a fim de promover a autonomia, em especial, dos adolescentes para o cuidado de si. Nesse sentido, a criança ou adolescente, necessita do auxílio dos familiares/cuidadores no enfrentamento da doença e no seu cotidiano medicamentoso[3]. É normal que neste processo, o familiar/cuidador apresente dúvidas e dificuldades em relação à doença – tratamento, modo de transmissão, preconceito, entre outros aspectos, precisando de auxílio e conforto. No Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) é realizado um grupo de apoio com familiares/cuidadores de crianças e adolescentes com HIV/AIDS, o qual foi denominado pelos próprios participantes de "Anjos da Guarda". Acredita-se que o grupo possa facilitar a construção de vínculos entre os profissionais do serviço de saúde e os familiares cuidadores. Desta forma, é possível intervir no cuidado da criança/adolescente, bem como sanar as dúvidas dos familiares cuidadores por meio da educação em saúde[4]. **Objetivos:** relatar a experiência dos discentes envolvidos no projeto de extensão do Grupo "Anjos da Guarda", descrevendo os principais assuntos apontados e discutidos no grupo, as principais dificuldades e dúvidas dos familiares cuidadores. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência do projeto de extensão do Grupo "Anjos da Guarda". O mesmo é parte de um projeto desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa "Cuidado à saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade" (GP-PEFAS) do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O grupo "Anjos da Guarda" é realizado às terças-feiras ao meio-dia no ambulatório de doenças infecciosas da pediatria (DI-Ped) do Hospital Universitário do município de Santa Maria e é coordenado por alunos de graduação e mestrado do curso de Enfermagem da UFSM. Os participantes do grupo são familiares/cuidadores de crianças e/ou adolescentes com HIV/AIDS, os quais comparecem ao ambulatório para a consulta na DI e são convidados a participar do grupo enquanto aguardam na sala de espera. O grupo é desenvolvido em uma sala disponibilizada pelo serviço, e conta em média com três cuidadores/familiares, sendo um espaço de conversa, escuta e troca de experiência entre os participantes e estudantes. Após cada grupo é feita uma ata contendo os assuntos discutidos. **Resultados:** Como discentes deste projeto de extensão, o compromisso de estar presente todas às terças-feiras para o desenvolvimento do grupo é gratificante à medida que se sente o retorno dos familiares/cuidadores participantes e o quanto este auxilia nas suas dificuldades vivenciadas cotidianamente. Em geral, os familiares/cuidadores gostam de participar do grupo por este ser um espaço em que podem conversar, tirar dúvidas, contar seus relatos e trocar experiências. Os familiares relatam sobre o relacionamento vivenciado com a sua criança/adolescente, as dificuldades que este apresenta e a afetuosidade que muitas vezes perpetua nesse convívio. Entre as dificuldades apontadas, trata-se da falta de diálogo, geralmente, devido à vergonha por parte da criança/adolescente de lidar com certas ocasiões. Outra questão, normalmente, trazida pelos familiares cuidadores das crianças/adolescentes é o processo de revelação do diagnóstico. As dúvidas nesse quesito abrangem quando, quem e como contar. Sabe-se que a revelação é um processo e não apenas um único momento. Esse processo deve ser constituído no contexto familiar, com

apoio profissional sendo necessário um planejamento. As dúvidas abrangem vários medos: caso não seja revelado logo, a criança/adolescente pode descobrir de outra maneira, se revelado o medo de revolta com o diagnóstico, a culpa relatada pelos pais e as possíveis consequências nas relações com a sociedade. Além disso, a revelação do diagnóstico pode afastar a criança/adolescente do familiar/cuidador, o que dificultaria o diálogo e o acompanhamento. Entretanto, o grupo serve como um apoio a essas angústias, sugerindo um possível encaminhamento para um atendimento multiprofissional para a família a fim de dar início ao processo de revelação do diagnóstico. Visto a importância de ter um preparo para uma decisão de revelação compartilhada com os profissionais de saúde que mantêm vínculo com essa família. Geralmente, as crianças/adolescentes que sabem de sua sorologia tomam os medicamentos por conta própria, tendo adesão à terapia antirretroviral. Contudo, alguns destes, param de tomar a medicação quando se sentem depressivos ou tristes em razão da doença. Há também os que esquecem os horários com facilidade. Para estes, os familiares cuidadores buscam estratégias, como lembretes na geladeira ou alarmes de despertador no devido horário. As estratégias de adesão à terapia desenvolvidas pelos familiares cuidadores são compartilhadas no grupo, bem como estratégias para melhorar o diálogo entre os familiares cuidadores e suas crianças/adolescentes. No desenvolvimento escolar, é quase unânime a satisfação dos familiares cuidadores, bem como nas relações de amizade das crianças/adolescentes. Destaca-se a inquietação dos familiares/cuidadores em relação, geralmente, aos adolescentes quanto ao início de suas relações amorosas e à atividade sexual. Essa inquietação se dá devido à preocupação com a transmissão da infecção, do preconceito, e da responsabilidade que estes adolescentes devem apresentar em relação à sua saúde e a saúde da pessoa com quem estão se relacionando. A maior dificuldade para a implantação do grupo "Anjos da Guarda" refere-se à falta de assiduidade às consultas agendadas na DI-Ped, devido a isso o grupo, por vezes, conta com poucos participantes. **Conclusões:** Com base na experiência de participação no grupo "Anjos da Guarda", pode-se concluir que este é um espaço que contribui para o conhecimento dos familiares cuidadores, pois, eles trocam experiências e estratégias facilitadoras no cuidado da criança/adolescente com HIV/AIDS. Além disso, podem conversar, tirar dúvidas, contar seus problemas, suas inquietações e ouvir soluções de outros familiares/cuidadores que podem ser úteis a si. O grupo "Anjos da Guarda" também auxilia na aproximação dos familiares cuidadores com o serviço de saúde, bem como no aprendizado e formação dos acadêmicos participantes.

**Área temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Síndrome da imunodeficiência adquirida; Cuidadores; Grupos de auto-ajuda.

**Descriptors**: Acquired immunodeficiency syndrome; Caregivers; Self-help groups.

**Descriptores**: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Cuidadores; Grupos de autoayuda.

**REFERÊNCIAS**

1. Schaurich D, Coelho DF, Motta MGC. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. Rev Enferm UERJ. 2006; 14(3): 455-62.

2. Guerra CPP, Seidl EMF. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. Paideia jan. 2009; 42(19):59-65.

3. Lima AAA, Pedro ENR. Crescendo com HIV/AIDS: estudo com adolescentes portadoras de HIV/AIDS e suas cuidadoras - familiares. Rev. Latino-am Enfermagem. 2008; 16(3): 348-54.

4. Padoin SMM, Paula CC, Hoffmann IC, Valadão MC, Rodrigues AP, Langendorf TF. Alimentação de crianças que convivem com a AIDS: vivências de familiares/cuidadores em atividade grupal. Rev Enferm UFSM. 2012; 2(1):213-21

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA – NOTA PRÉVIA

# PREVALENCE OF PRESSURE ULCERS IN PATIENTS WITH IMPAIRED PHYSICAL MOBILITY – FOREWORD

# PREVALENCIA DE ULCERAS POR PRESIÓN EM PACIENTES COM MOVILIDAD FÍSICA PERJUDICADA – PRÓLOGO

MACHADO, Bruna Bender Companhoni1
ARAUJO, Graciela Machado de2
PELLENZ, Neida Luiza3

1Acadêmica do 3º Semestre de Enfermagem / Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Educação Superior Norte RS (CESNORS). Bolsista PIBIC-CNPQ - E-mail: bruna_machado8@hotmail.com.
2Acadêmica do 3º Semestre de Enfermagem / Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Educação Superior Norte RS (CESNORS) Bolsista PET -Saúde.
3Docente do Departamento de Ciências da Saúde/ Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Educação Superior Norte RS (CESNORS).

**Introdução:** Úlceras por pressão (UPP) também conhecidas por escaras, úlcera de decúbito e ou úlcera por compressão (UPC), são lesões teciduais causadas por hipóxia podendo evoluir para uma necrose tecidual. São frequentemente observadas em áreas que apresentam ossos e que estão por um longo período de tempo exposta á uma determinada pressão, podendo ser causada por diversos fatores, sendo eles internos ou externos.[1] .Estas lesões se apresentam de forma "cutânea ou de partes moles, que podem ser superficiais ou profundas, oriundas de um processo isquêmico, secundário a um aumento da pressão externa, a qual excede a pressão de perfusão tecidual"[2]. As UPPs ou UPCs (Úlceras por Compressão) também podem ser causadas por fatores exógenos, ligadas ao meio ambiente, e representadas pelos agentes físicos, químicos e biológicos e problemas nutricionais; ou endógenas, quando causadas pelo próprio organismo do ser humano e representadas pela herança genética, fatores emocionais e sistema imunológico. Outra causa importante para a formação das lesões são a hipóxia (redução do nível do oxigênio nas células) e a anóxia (perda total do suprimento do oxigênio) que levam a degeneração e morte celular[3]. As UPPs podem ser causadas por diversos fatores, sendo eles internos ou externos. Como fatores externos têm-se a pressão, o cisalhamento e a fricção. A pressão ocorre quando o osso e ou tecido mole entra em contato de uma forma comprimida com uma superfície dura por um longo período. Muitos estudos evidenciam que "as saliências mais prováveis de

desenvolver úlceras por pressão são: as tuberosidades isquiáticas, o sacro, os trocanteres, os calcanhares, e os cotovelos"[4]. Ressalta-se que um dos fatores mais importantes e determinantes de uma UPP é a pressão; o tecido mole quando é comprimido entre uma porção óssea e uma superfície rígida, produz uma pressão maior do que a pressão normal capilar, ocasionando a isquemia e consequentemente a lesão tecidual[1]. Dentre, os demais fatores pode-se ressaltar o cisalhamento que ocorre quando o paciente se apóia com as costas em uma superfície e ocorre o deslizamento juntamente do tecido e esqueleto que ficam próximos, mas permanecendo o tecido das nádegas no lugar. A fricção ocorre quando as superfícies são esfregadas uma à outra, geralmente quando se faz a movimentação do paciente em cima da cama, ou quando troca-se o mesmo de maca; o movimento de arrastar o paciente causa a fricção. Neste caso, estando o paciente com a pele úmida (suor excessivo e, ou incontinência urinária) a probabilidade de causar uma lesão é muito maior. Caso o paciente apresente outra doença e permaneça durante um longo período de tempo acamado, os riscos de desenvolver uma UPP são maiores; a mobilidade reduzida refere-se ao paciente que tem sua movimentação diminuída, geralmente durante ao sono; por vezes algumas medicações como ansiolíticos e analgésicos inibem quaisquer movimentação, deixando o paciente imóvel durante o sono ou até mesmo durante todo o seu tratamento[2]. Outras complicações como estado nutricional deficiente, também favorecem o aparecimento de lesões, em função *do* baixo índice de nutrientes, essenciais para os tecidos; Sem este aporte adequado, ocorre baixa oxigenação dos tecidos, o que pode caracterizar um processo de anemia; o peso corporal também interfere neste processo, uma vez que pacientes emagrecidos não possuem a massa gorda para amenizar o atrito do osso com uma determinada superfície, o que pré-dispõe o aparecimento de úlceras. Por outro lado, pacientes obesos apesar de apresentarem massa gorda que diminui o atrito dos ossos com a superfície, podem sofrer de cisalhamento e por muitas vezes de maceração, quando ocorre o acúmulo de resíduos líquidos como o suor nas dobras de gordura[4]. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é identificar a prevalência de UPPs e traçar o perfil dos indivíduos acamados e cadeirantes que recebem assistência pelas seis Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Palmeira das Missões, bem como evidenciar os fatores pré – disponentes para o desenvolvimento das lesões, e posteriormente fazer a avaliação do grau de cada lesão. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva com abordagem quantitativa. Tem por objetivo mensurar variáveis preestabelecidas para "verificar e explicar sua influência sobre outras mediante análise de frequência de incidência e correlações estatísticas"[5]. A pesquisa será desenvolvida em seis Estratégias de Saúde da Família (ESFs) do município de Palmeira das Missões, localizado na região Noroeste do Rio Grande do Sul. Participarão do estudo indivíduos que apresentarem mobilidade física prejudicada, sendo utilizados como critério de inclusão pacientes cadeirantes e acamados que apresentam algum tipo de lesão seja por úlcera por pressão ou vasculogênicas, e que residirem em uma das áreas de abrangência das seis Estratégias de Saúde da Família do município de Palmeira das Missões, no período em que será realizada a pesquisa. Os dados

serão coletados através de um formulário elaborado especificamente para este estudo; constando perguntas específicas para que possamos obter o melhor resultado possível. O estudo a priori não oferecerá riscos à saúde do paciente bem como do pesquisando; Respeitar-se-á todos os preceitos éticos no que tange a pesquisa que envolve seres humanos, conforme prevê a resolução 196/96. A análise dos resultados considerará o método de estatística descritiva. **Resultados Esperados:** o projeto está em fase de aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. Assim que a mesma for aprovada, iniciar-se-á os processos de coleta de dados e posteriormente avaliação para a análise dos dados. Espera-se com este trabalho fazer uma compilação de dados, que referencie a realidade dos pacientes das seis Estratégias de Saúde da Família residentes no município de Palmeira das Missões - RS, levando em conta a situação de vida, motivos que os levaram a chegar na atual situação de saúde, bem como o grau do estágio de agressão tecidual que os mesmos apresentarem no momento da coleta de dados. Acredita-se contribuir para a elaboração de novas estratégias de assistência em saúde, com foco na prevenção das lesões e agravos relacionados a mesma e integrando o trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família.

**Área temática:** Processo de Cuidado

**Descritores:** Úlcera por pressão; Úlcera de decúbito; Escara de decúbito; Escaras.

**Descriptors:** Pressure ulcer, decubitus ulcer; Bedsores decubitus; Bedsores.

**Descriptores:** Úlceras por presión, Úlceras de decúbito, Escara de decúbito, Escara.

**Referências:**

1Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB, Costa MM, Silva CRL. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3ª Ed. São Paulo: Yendis; 2011.

2Fernandes MGM, Costa KNFM, Santos SR, Pereira MA, Oliveira DST, Brito SS. Risco para úlcera por pressão em idosos Hospitalizados: Aplicação da Escala de Waterlow. Rev. enferm. UERJ. Rio de Janeiro. 2012 jan/mar; 20(1): 56-60. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a10.pdf.

3Filho GB. Bogliolo Patologia Geral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.S; 2008.

4Dealey C. Cuidando de Feridas: Um guia para as Enfermeiras. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu; 2001.

5Chizzotti, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2000.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DA FAMÍLIA À CRIANÇA ATENDIDA EM PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO: NOTA PRÉVIA

# STRATEGIES FOR FAMILY CHILD CARE ATTENDED IN PEDIATRIC FIRST AID: FOREWORD

# ESTRATEGIAS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS ATENDIDOS EN FAMILIA PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS: PRÓLOGO

BUBOLTZ, Fernanda Luisa1
NEVES, Eliane Tatsch2
SILVEIRA, Andressa da3
ZAMBERLAN, Kellen Cervo4
CARVALHO, Janete Severo5
SILVA, Júlia Heinz da6

1Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria, Mestranda curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM). Emaill: fernandabuboltz@hotmail.com
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Curso de Graduação e Docente Permanente do Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do grupo de pesquisa cuidado a saúde das pessoas, famílias e sociedade – PEFAS/UFSM.
3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).
4 Enfermeira, Mestranda do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
5Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria(FISMA).
6Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Introdução:** A criança é um ser que depende totalmente de outro ser para sobreviver e a qualidade do cuidado que esta recebe influencia diretamente no seu desenvolvimento e crescimento. O cuidado à criança é um processo complexo, amplo e muito importante e que, geralmente, é exercido pela família. A família é estruturada e organizada com direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente e é influenciada por fatores sociais, econômicos e culturais. Propostas de abordagem e intervenções necessárias devem possibilitar a inclusão dos membros da família no cuidado ofertado à criança. Além disso, sabe-se que este é um direito de cada cidadão e representa um potencial de qualificação e humanização da assistência. No contexto da legislação brasileira de proteção à infância, destaca-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Sistema Único de Saúde (SUS) que, pautados na Constituição Federal de 1988, asseguram atendimento integral à

saúde das crianças e garantem acesso universal e igualitário às ações e serviços. As políticas públicas de atenção à saúde da criança vêm trabalhando não apenas com compromisso da sobrevivência, mas principalmente, com o bem-estar, qualidade de vida e prevenção dos fatores de risco ainda na infância[1]. Dentre as políticas públicas de atenção à saúde da criança, destaca-se o Programa de Atenção Integral a Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) que busca oferecer um atendimento de saúde mais humanizado a criança bem como beneficiá-la com um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo[1]. Portanto, com uma assistência humanizada a criança deve se beneficiar de um cuidado integral e multiprofissional[1]. Embora as ações assistenciais à criança tenham ao longo dos anos, buscado uma mudança, enfocando a atenção integral, ainda está distante de ser uma realidade nacional devido à fragilidade e fragmentação das ações oferecidas pelos profissionais da rede de serviços[1]. A realidade vivenciada nos serviços de saúde aponta que um grande número de crianças continua adoecendo e necessitando de internação hospitalar por doenças que são evitáveis além de internação desnecessária, sequelas e até mesmo a morte[1]. Neste cenário, grande parte dos familiares destas crianças procuram o pronto-socorro o que acarreta uma sobrecarga de pacientes a este serviço que possui finalidade de atender somente urgências e emergências. Os processos de escolhas, por essa clientela, na busca da solução dos agravos à saúde são complexos e difíceis de serem compreendidos. Para tanto, é necessário considerar o contexto no qual o indivíduo está inserido, sobretudo frente à diversidade de possibilidades disponíveis (ou não) em termos de atenção em saúde[2]. Assim é necessário compreender as práticas de cuidado a partir do contexto onde elas tomam forma, pois cada contexto possui características próprias e especificidades. Assim é nesse contexto que acontecem os eventos cotidianos (econômicos, sociais e culturais) que organizam a vida coletiva, que enquadram a vida biológica e é dentro dele que os indivíduos evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos, suas ações, são formatados por esse espaço social. Por outro lado, é necessário também considerar os indivíduos como atores sociais, definidos ao mesmo tempo por esse espaço social no qual se inserem e pela consciência de agir sobre esse espaço[2]. Diante do exposto, questiona-se: quais as estratégias de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico, partindo de seu universo sociocultural? O objeto de estudo: as estratégias de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir de seu universo sociocultural. **Objetivos:** Analisar as estratégias de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir de seu universo sociocultural. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória. Este estudo será desenvolvido no PS-Ped de um hospital de ensino na região central do estado do Rio Grande do Sul por meio de entrevista semiestruturada com o familiar cuidador de crianças que receberem atendimento da equipe de saúde da unidade. Os critérios de inclusão dos sujeitos serão: familiar cuidador de crianças atendidas no PS-Ped de um hospital de ensino. E os critérios de exclusão: familiar cuidador que apresentar

limitações cognitivas e/ou emocionais para participar da entrevista; familiar cuidador das crianças que evoluíram ao óbito, casos graves de emergência e instabilidade clínica. A coleta de dados dar-se-á por meio da entrevista gravada e será seguido um roteiro semiestruturado com perguntas que contemplem os objetivos propostos da pesquisa. A análise será realizada a partir dos depoimentos que emergirem das entrevistas com os principais cuidadores, em que serão exploradas as implicações referentes aos aspectos socioculturais que interferem no cuidado da família às crianças atendidas em PS-Ped. Assim, para esta etapa seguir-se-á a proposta metodológica de análise de conteúdo segundo Bardin[3] que, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens[3]. O projeto está aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM – CEP- CAAE Nº: 13149613.3.0000.5346. **Resultados esperados:** O adoecer sempre causa transtornos onde geralmente a família procura solucionar os problemas de saúde utilizando-se de diferentes estratégias. O abalo no ciclo familiar por uma doença é sempre muito evidente, sobretudo quando o doente é uma criança e há necessidade de internações, intervenções e procedimentos em saúde. A equipe de enfermagem deve considerar que é a família que proporciona os cuidados de promoção à saúde e prevenção de doenças, além dos primeiros atendimentos. Nesta perspectiva o adoecer é um processo social, que envolve experiências subjetivas de alterações físicas e emocionais tanto quanto a confirmação dessas alterações por outras pessoas. Tanto a apresentação da doença quanto a resposta dos outros a ela são em grande parte determinadas por fatores socioculturais e cada cultura tem sua própria linguagem de sofrimento que preenche a lacuna entre as experiências subjetivas de redução de bem estar e o reconhecimento social dessas experiências[4]. Com base nestes pressupostos Kleinman sugeriu três setores sobrepostos e interconectados de cuidados de saúde: o setor informal, o setor popular (folk) e o setor profissional. Cada setor tem seu próprio modo de explicar e tratar a má saúde, definir quem é a pessoa que cura e quem é o paciente e especifica como o agente de cura e o paciente devem interagir em seu contexto terapêutico[4]. Há necessidade dos profissionais de saúde, em especial, o enfermeiro, que apresenta maior contato com os cuidadores e doentes, atentarem para práticas que contextualizem os saberes e vivências populares e possibilitar a aproximação dos setores de cuidado[5]. Desta maneira, acredita-se que os resultados desta pesquisa poderão nortear para uma assistência de enfermagem mais resolutiva e humanizada. Assim é possível prestar um cuidado à criança e seu familiar respeitando o seu universo sociocultural o que possibilita uma atenção integral qualificada direcionada às demandas e necessidades das famílias de crianças que recebem atendimento no PS-Ped. Além disto a produção científica vinculada a este projeto poderá subsidiar a constituição de saberes e práticas em saúde que incorporem, ao processo diagnóstico e terapêutico, a subjetividade, o autocuidado, a participação da família, a ética, a cidadania e a valorização da vida. Por fim, contribuir com o Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS/UFSM) na linha de pesquisa: políticas e práticas de

cuidado na saúde do neonato e da criança nos contextos hospitalar e da comunidade no sentido nortear novas pesquisas e projetos de extensão direcionados à saúde da criança. **Conclusão:** Os pressupostos de Kleinman servirão de apoio na discussão dos resultados desta pesquisa pois acredita-se que as estratégias de cuidado da família a criança atendida em Pronto-socorro pediátrico estão inseridas nos setores informal, popular e profissional estruturados pelo autor. A equipe de enfermagem deve considerar todo o contexto em que a criança e seu familiar estão inseridos e direcionar os cuidados respeitando os aspectos socioculturais destes. As maneiras de cuidar configuram-se nas mais variadas formas, o que reflete os aspectos culturais de cada família.

**Área temática:** Processos de cuidado.

**Descritores:** saúde da criança; família; cuidados de enfermagem;

**Descriptors:** child health, family, nursing care;

**Descriptores:** salud, familia, cuidado de enfermería al niño;

**Referências:**

1.Ministério (Brasil). Brasil Carinhoso vai retirar da miséria famílias com filhos de até seis anos. [Internet] 2012**. [**Acessado em 16 de Jun 2013]. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/07/ 06/brasil-carinhoso-vai-retirar-da-miseria-familias-com-filhos-de-ate-seis-anos

2.Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Caderno de Saúde Pública. [Internet] 2006. Rio de Janeiro. 22 (11): 2449-2463. [Acessado em 16 de Jun 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf.

3.Bardin L. Análise de Conteúdo. 8ª ed. Portugal: Geográfica Editora; 2011.

4.Helman CG. Cultura, Saúde e Doença. 5º Edição. Porto Alegre. Artimed; 2009.

5.Garcia RP. et al. Setores de cuidado assistenciais ao doente crônico. Esc Anna Nery. [Internet] 2012. Rio de Janeiro.16 (2): 70-276. [Acessado em 16 de Jun 2013]. Disponível em: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/busca_exibe.asp?tipo=2&buscaAvancada=2012&Submit2=OK&offset=80

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PERCEPÇÕES ACERCA DA PERMANÊNCIA DO FAMILIAR/ACOMPANHANTE NO ATENDIMENTO À EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: NOTA PRÉVIA

# PERCEPTIONS ABOUT STAYING THE FAMILY / SITTER IN PEDIATRIC EMERGENCY CARE TO: FOREWORD

# PERCEPCIONES ACERCA DE PERMANECER LA FAMILIA / ACOMPAÑANTE EN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA: PRÓLOGO

BUBOLTZ, Fernanda Luisa1
NEVES, Eliane Tatsch2
SILVEIRA, Andressa da3
CARVALHO, Severo Janete4
ZAMBERLAN, Kellen Cervo5
SILVA, Julia Heinz da6
PASSOS, Raíssa7

1 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria, Mestranda curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Emaill: fernandabuboltz@hotmail.com
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Curso de Graduação e Docente Permanente do Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do grupo de pesquisa cuidado a saúde das pessoas, famílias e sociedade – PEFAS/UFSM
3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA.
4Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria-FISMA.
5 Enfermeira, Mestranda do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.
6Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.
7Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.

**Introdução:** A humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente principalmente na área da saúde da criança. A recuperação da dimensão cuidadora e a capacidade de oferecer atenção integral e humanizada à saúde da criança são desafios para os serviços de saúde[1]. As estratégias de humanização em pediatria devem considerar o familiar como agente do cuidado de seus membros. Deste modo o familiar também deve ser incluído como objeto de cuidado pelos profissionais de saúde[1]. Ao visualizar a família como uma unidade de cuidado, torna-se possível detectar as interações entre os seus membros e as implicações de cuidar da criança. Neste cenário, vários estudos têm descrito a

participação do familiar na hospitalização da criança como fator fundamental de apoio ao filho. Essa condição é observada nas unidades de internação por meio da presença constante da mãe ao lado da criança, sobretudo no que diz respeito aos cuidados de higiene e alimentação. Porém a presença do familiar durante os atendimentos de emergência pediátrica é pouco habitual devido a diversos fatores[2]. Quando é dada a opção ao familiar para decidir se quer ou não permanecer ao lado da criança, durante o atendimento de emergência, frequentemente estes escolhem ficar[3]. Contudo alguns autores referem que muitos profissionais de saúde ainda não permitem a presença da família, porque acreditam que o familiar pode influenciar negativamente no desempenho dos procedimentos técnicos[3]. Em contra partida vários autores defendem a permanência dos pais durante o atendimento de emergência por acreditarem que a presença de um membro da família pode oferecer apoio e segurança para a criança durante os procedimentos[4]. Frente a isso, a equipe de saúde dos serviços de pronto-socorro pediátrico, em especial a médica e de enfermagem deparam-se constantemente com a questão da permanência ou não dos familiares durante os atendimentos de emergência. Pesquisa feita em bases da dados em maio de 2013 demonstrou que a presença ou não do familiar/acompanhante durante o atendimento à criança em situação de emergência é uma assunto bastante polêmico no mundo inteiro. Esta revisão de literatura demonstrou que não existem estudos no Brasil referente à temática da presença do familiar junto à criança nas situações de emergência em pronto-socorro pediátrico. Portanto, foram encontrados somente estudos internacionais que destacaram que os profissionais da saúde acreditam ser importante a implementação de um protocolo para operacionalizar a prática de permitir ou não a presença do familiar/acompanhante durante as emergências. Diante do exposto considera-se um problema: como operacionalizar a permanência ou não, dos familiares/cuidadores de crianças que buscam atendimento de emergência no pronto-socorro pediátrico, sem causar prejuízos ao trabalho da equipe de saúde e nem ferir o direito do familiar de permanecer junto à criança durante o atendimento de emergência. Assim questiona-se: qual a percepção da equipe de saúde que vivenciaram situação de emergência no Pronto-socorro Pediátrico (PS-Ped) sobre a permanência ou não do familiar/acompanhante durante o atendimento de emergência? Qual a percepção dos familiares/cuidadores, que vivenciaram situação de emergência no PS-Ped sobre a sua permanência ou não durante o atendimento de emergência? **Objetivos:** Descrever a percepção da equipe médica e de enfermagem, sobre a presença ou não dos familiares /acompanhantes durante o atendimento à criança em situação de emergência em Pronto Socorro Pediátrico. Descrever a percepção dos familiares / acompanhantes, quanto à sua permanência, ou não, durante o atendimento à criança em situação de emergência em PS-Ped. **Metodologia:** trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa que será desenvolvido no PS-Ped de um hospital de ensino credenciado ao SUS da região central do Rio Grande do Sul. Os sujeitos deste estudo serão constituídos em dois grupos: Integrantes da Equipe de Saúde (Médicos e Equipe de Enfermagem do referido Pronto-socorro pediátrico) e familiares e/ou acompanhantes das crianças submetidas ao

atendimento de emergência no PS-Ped. Serão considerados sujeitos do estudo, funcionários concursados e estatutários no referido hospital, pertencentes à equipe médica e de enfermagem e que tiverem lotação e atuação no serviço de PS-Ped. Serão excluídos do estudo, integrantes da equipe de saúde que estiverem em licença saúde, férias ou afastamento do serviço por qualquer motivo no período da coleta de dados. Os sujeitos, familiares /acompanhantes serão selecionados pelo pesquisador a partir dos seguintes critérios de inclusão: familiares/acompanhantes de crianças submetidas ao atendimento de emergência no PS-Ped que estiverem internados na instituição nos momentos de visita dos pesquisadores para a coleta de dados. Como critérios de exclusão serão adotados as seguintes estratégias: familiar/acompanhante que apresentar limitações cognitivas e/ou emocionais para participar da entrevista; familiar/acompanhante das crianças com instabilidade clínica no momento da entrevista. Este familiar/acompanhante poderá voltar a ser abordado num momento posterior. Será considerado familiar/acompanhante neste estudo, a pessoa que trouxe a criança até o PS-Ped em situação de emergência e que faça parte da família da criança. O número total de sujeitos participantes do estudo será determinado por meio de saturação de dados e/ou quando os objetivos propostos pelo estudo forem alcançados. A estimativa em relação à quantidade de entrevistas necessárias com os sujeitos familiares/acompanhantes é de aproximadamente 15 entrevistas. A coleta de dados dar-se-á por meio da entrevista com roteiro semiestruturado e será realizada em hora e local conforme a disponibilidade dos sujeitos. Ressalta-se que a pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A análise será realizada a partir dos depoimentos que emergirem das entrevistas com os profissionais da equipe de saúde e dos familiares/acompanhantes. Para esta etapa seguir-se-á a proposta metodológica de análise de conteúdo segundo Bardin[5] que, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens5. Este método possui três fases fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados[5]. Destaca-se que este projeto já possui aprovação do comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, CAAE: 18519513.0.0000.5346 e está em fase inicial de coleta de dados. **Resultados esperados:** Desta forma, espera-se que este estudo contribua para melhorar a operacionalização da presença ou não do familiar/acompanhante durante o atendimento de emergência em pronto-socorro pediátrico. Assim, vislumbra-se a operacionalização de uma prática sem interferir na assistência dos profissionais de saúde que não infrinja os direitos legais da presença de um familiar durante o atendimento à criança em situação de emergência. Desta maneira, a partir deste estudo pretende-se criar um protocolo de operacionalização da presença ou não do familiar/acompanhante da criança que recebe atendimento de emergência no pronto-socorro pediátrico. **Conclusão:** Embora os dados publicados internacionalmente referente à temática auxiliem na compreensão sobre a presença da família durante os procedimentos de emergência, as

diferenças nos sistemas de saúde, estrutura social e cultural das diversas populações destaca a importância de mais investigações nos setores de emergência no Brasil.

**Área temática:** Processos de cuidado**.**

**Descritores:** Saúde da Criança; Serviços Médicos de Emergência; Família;

**Descriptors:** Child Health; Emergency Medical Services; Family;

**Descriptores:** Salud Infantil; Servicios Médicos de Emergencia; Familia;

**REFERÊNCIAS**

1. Erdmann AL, Sousa FGM. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. O Mundo da Saúde, São Paulo. 2009; 33 (2):150-160.

2. Lima RAG, Rocha SMM, Scochi CGS. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. Rev Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. 1999; 7 (2): 33-46

3. Eppich WJ, Arnold LD. Family member presence in the pediatric emergency department. Current Opinion in Pediatrics. USA. 2003; 15 (7):294-8.

4. Cotanda CP, Cubellsy LJ. Pou Fernandez Deberían estar presentes los padres durante los procedimientos invasivos en urgencias? An Pediatr. 2009;70 :293-6.

5. Bardin L. Análise de Conteúdo. 8 ed. Portugal: Geográfica Editora. 2011.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM CÂNCER: TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA PÓS GRADUAÇÃO1

# NURSING INTERVENTIONS TO PATIENTS WITH CANCER: THE SCIENTIFIC PRODUCTION TRENDS IN POST GRADUAÇÃO1

# INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CANCER: LA EVOLUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN POSTE GRADUAÇÃO1

STAMM, Bruna2
MISTURA, Claudelí3
ROSA, Bruna Vanessa Costa3
KARKOW, Micheli Carvalho4
ROSA, Natanna4
GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira5

1 Título do trabalho. Revisão de literatura. Manuscrito originado da disciplina de mestrado Construção do Conhecimento do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

2 Relatora/ Autora do trabalho. Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Endereço: Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Ciências da Saúde - Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Avenida Roraima, 1000 – Prédio 26, Sala 1302 - Cidade Universitária – Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria/RS. Brasil. Telefone (55) 3220-8029. E-mail: bruna-stamm@hotmail.com
3 Autoras do trabalho. Enfermeiras. Mestrandas do PPGEnf da UFSM. Integrantes do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
4 Autoras do trabalho. Graduandas em Enfermagem da UFSM. Integrantes do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
5 Autora/ Orientadora do trabalho. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Adjunto do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**Introdução:** O câncer caracteriza-se como uma doença crônica degenerativa e ocupa o segundo lugar dentre as principais causas de morte por doença no Brasil, ficando atrás das doenças cardíacas[1]. Entende-se doença crônica como uma enfermidade que tem característica ser de longo curso, podendo ser incurável e, na maioria das vezes, causando sequelas e limitações funcionais no portador da doença crônica[1]. Nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde estimou que, até o ano 2030, espera-se 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. No contexto brasileiro, conforme estimativas para

o ano de 2013 são esperados cerca de 518.510 mil novos casos de câncer[2]. Dentre as doenças crônicas, talvez aquelas que tenham imposto maiores exigências dos profissionais de saúde, em termos de prevenção e tratamento são as patologias oncológicas. Com isso, cada vez mais as intervenções na área da saúde vem recebendo ampla aceitação de pacientes acometidos pelo câncer. As intervenções em enfermagem são definidas como qualquer ação ou resposta do enfermeiro, que ocorra no contexto de uma relação entre profissional- paciente, que é oferecida com objetivo de efetivar os funcionamentos individuais, familiares ou comunitários, pelos quais o enfermeiro é responsável. Estas intervenções normalmente envolvem atos intencionais, conscientes, que, em geral, abrangem comportamentos observáveis deste profissional[3]. **Objetivo:** Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo identificar e analisar a produção científica brasileira sobre as intervenções de enfermagem a pacientes com câncer no que concerne à especificidade do conhecimento produzido. Assim, buscou-se responder a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as tendências da produção científica do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) sobre as intervenções de enfermagem a pacientes com câncer. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão da tendência da produção científica *strictu sensu* dos Programas brasileiros de Pós Graduação em Enfermagem, por meio do Banco de Teses da CAPES. A busca eletrônica foi realizada no mês de julho de 2013, a partir da utilização da combinação das palavras-chave "Enfermagem, Câncer, Intervenção" e "Enfermagem, Câncer, Educação em Saúde" na opção "assunto", "todas as palavras", abaixo da caixa de digitação. O critério de inclusão utilizado para seleção dos estudos foi resumos de teses e dissertações que abordassem intervenções de enfermagem na temática do câncer. E como critérios de exclusão, resumos incompletos, repetidos em ambas as combinações de busca e pesquisas que não envolvessem o objetivo desta revisão. O estudo ocorreu em quatro etapas: na primeira etapa realizou-se a busca dos resumos de teses e dissertações pelas combinações das palavras-chave; na segunda etapa refinou-se a busca pela literatura preliminar dos resumos que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão e a seleção foi salva em formato PDF de acordo com a disponibilidade da página; na terceira etapa excluíram-se os resumos que estavam incompletos e por último; realizou-se leitura criteriosa dos resumos selecionados. A busca localizou 57 resumos. Na seleção da amostra, baseando-se nos critérios de inclusão estabelecidos, foram selecionados sete resumos. Na análise dos resumos que compuserem o c*orpus* do estudo identificou-se que um resumo apresentava-se repetido nas estratégias de busca, contabilizando uma única vez. A amostra final resultou em seis resumos, que foram catalogados em um quadro sinóptico contendo as seguintes informações: código "R", de resumo, acompanhado de um número arábico (R1, R2, R3...), título, objetivo, nível de pesquisa, ano, área de conhecimento do CNPq, Estado dos Programas de Pós-Graduação e abordagem metodológica. Os resultados serão apresentados a seguir de forma descritiva. **Resultados principais:** A partir da análise dos resumos evidenciou-se, quanto o nível de pesquisa, que três eram dissertações e três teses, os anos

da publicação dos resumos dataram 2001 (1), 2007 (1), 2008 (1), 2009 (1), 2011 (1), 2012 (1). Referentes à área de conhecimento três eram da Enfermagem, um da Epidemiologia e dois resumos não constavam essa especificidade. Em relação à localização dos Programas de Pós-Graduação no Brasil, três eram do estado de São Paulo, um do Espírito Santo, um de Santa Catarina e um do Ceará. Sobre a abordagem metodológica das pesquisas, duas eram pesquisas quantitativas, duas pesquisas qualitativas e em dois resumos não houve esta definição. Partindo-se da leitura atenciosa e criteriosa dos resumos, identificou-se que a tendência da produção científica dos Programas brasileiros de Pós Graduação em Enfermagem sobre intervenções está voltada, predominante, ao **alívio de sintomas do câncer e redução de efeitos colaterais do tratamento oncológico** (R1, R2, R4), **validação de intervenções** (R3, R6), e **intervenções de educação em saúde com crianças** (R5). No contexto do câncer, o enfermeiro atua em ações de prevenção e controle, tendo como competência prestar assistência a pacientes oncológicos na avaliação do diagnóstico, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares. Além dessas, o enfermeiro desenvolve ações educativas, ações integradas com outros profissionais, apoiando medidas legislativas e identificando fatores de risco ocupacional, na prática da assistência ao paciente com câncer e sua família[1]. Em estudo[4] que buscou caracterizar as intervenções realizadas em um serviço psicossocial de um grande centro de tratamento de câncer, identificou-se que a maior taxa de intervenção está relacionada à Educação, Psicoterapia e Avaliação, sendo que, a maioria ocorreu para fins de instrução ou fornecer informações aos pacientes. Intervenções[5] que procuraram oferecer conhecimentos, tratamento e evolução da doença foram vistos positivamente pelos pacientes e, muitas vezes, resultou em menores impactos diante das alterações que o câncer impõe para a vida diária. **Conclusões:** Identificou-se que a tendência da produção científica em enfermagem está direcionada a intervenções para alívio de sintomas do câncer e redução de efeitos colaterais do tratamento. Houve predominância de estudos produzidos pela área de conhecimento da Enfermagem, o que é de fundamental relevância para a produção científica e a assistência profissional. Este estudo permitiu sintetizar o conhecimento disponível, de modo a auxiliar enfermeiros e outros profissionais de saúde no cuidado de pessoas com câncer. Há importância da temática para a área de enfermagem e aponta para novas perspectivas de estudos realizados por enfermeiros. Através desse estudo, evidenciou-se a existência de uma lacuna no conhecimento que precisa ser preenchida, que existe a necessidade de mais estudos voltados para a temática das intervenções de enfermagem a pacientes oncológicos a fim de favorecer uma assistência integral e o cuidado humanizado a este estrato populacional.

**Área Temática:** Processos de Cuidado.

**Descritores:** Enfermagem; Neoplasia; Educação em Saúde.

**Referências**

1. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. 488 p.:

2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.

3. WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: guia para avaliação e intervenção na família.** 5ª Ed. São Paulo: Roca, 2012.

4. WAKEFIELD, C.E.; BUTOW, P.; FLEMING, C.A.; DANIEL, G; COHN, R.J. Family information needs at childhood cancer treatment completion. **Pediatr Blood Cancer.** Apr; 58(4):621-6, 2012. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21910212 Acesso em: 01 jul. 2013.

5. CAMPBELL, T.L. The effectiveness of family interventions for physical disorders. **Journal of Marital and Family therapy.** 29 (2), 289-299, 2003. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12728782 Acesso em: 01 jul. 2013

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EM UM CENTRO OBSTÉTRICO

GOI, Mariane Gonzaga1
SILVA, Schaienne Corsini da2
LANGENDORF, Tassiane Ferreira3
PADOIN, Stela Maris de Mello4

1 Acadêmica do 6º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: mari_goi@hotmail.com
2 Acadêmica do 6º semestres do Curso de Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado a Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP_PEFAS).
3 Enfermeira. Doutoranda pela Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ. Professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do GP_PEFAS.
4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Liderança compartilhada do GP_PEFAS.

**INTRODUÇÃO:** O aleitamento materno (AM) é um excelente método natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança. Constitui-se de uma intervenção sensível, econômica e eficaz para a redução da morbimortalidade infantil, além de permitir um impacto positivo na promoção da saúde integral do binômio mãe-filho[1]. A amamentação na primeira hora de vida é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e é uma das estratégias prioritárias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no país, baseando-se na capacidade de interação dos recém-nascidos (RN) com suas mães nos primeiros minutos de vida. Esse contato é fundamental para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, além de aumentar a duração e a prevalência de AM nos hospitais e reduzir a mortalidade neonatal. Além disso, quanto mais cedo o bebê aprende a mamar, mais eficiente será sua sucção, desde que realizada a pega correta[2]. A política nacional de aleitamento materno tem seis eixos prioritários, considerando as ações correspondentes à atenção básica e hospitalar. A primeira abrange a Rede Alimenta e Amamenta Brasil; a segunda contempla a Rede Cegonha, o Método Canguru, a Rede de Bancos de Leite Humano, a proteção à amamentação, a mobilização social e monitoramento. Estes têm a finalidade de garantir a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno[3]. Apesar das inúmeras vantagens da prática da amamentação, evidenciadas na literatura científica, e da melhora da situação do aleitamento materno no Brasil, seus indicadores estão aquém do recomendado pela OMS e Ministério da Saúde. Tal recomendação aponta que o aleitamento materno exclusivo deve ser ofertado em livre demanda até seis meses de vida e complementado por dois anos ou mais[3]. O enfermeiro deve estar qualificado para iniciar a sensibilização dos pais para a prática do aleitamento materno desde o pré-natal. O apoio aos

casais que vivenciam o processo de lactação deve ser contínuo durante todo o período da amamentação, neste processo o enfermeiro deve manter-se atualizado em seus conhecimentos e condutas para desenvolver atividades de forma eficiente com as puérperas[4]. A OMS recomenda colocar os bebês em contato pele a pele com as mães imediatamente após o parto, durante pelo menos uma hora, e encorajá-las a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para mamar, oferecendo ajuda, se necessário. O contato pele a pele mantém o calor, principalmente ao RN pré-termo e permite a colonização do RN com a flora materna. A aproximação do RN ainda na sala de cesariana e o alojamento conjunto na sala de recuperação favorecem a formação de vínculo entre a mãe e o bebê facilitando o conhecimento mútuo e a satisfação imediata das necessidades físicas e emocionais do RN[2]. **OBJETIVOS:** Relatar a experiência de acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria na implementação de ações de promoção ao aleitamento materno. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, que emergiu a partir da vivência como acadêmicas do 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em atividades desenvolvidas no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no período de maio de 2013. Tais atividades estão vinculadas ao Programa Político Pedagógico que norteia o Curso, o qual prevê que os estudantes do 6º semestre desenvolvam seu conhecimento acerca da temática saúde da mulher, da criança e do adolescente. Neste período as acadêmicas cursavam a disciplina EFM 1006 - Enfermagem no Cuidado à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança, a qual propõe que um dos campos para as aulas práticas seja o CO, cenário da experiência que será relatada. A possibilidade de acompanhar a gestante desde a entrada no CO até a saída da sala de parto vaginal ou cesárea e ainda na sala de recuperação proporcionou uma maior interação entre as acadêmicas e a gestante/puérpera. Nesses momentos, nos quais foram desenvolvidas as atividades propostas pela disciplina, é que foi possível implementar as ações de promoção ao aleitamento materno. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foi possível observar que as mulheres que realizaram o pré-natal já detinham conhecimento científico a cerca do aleitamento materno, e possuíam forte desejo de amamentar. Neste sentido, as acadêmicas reforçaram as orientações quanto à amamentação e os seus benefícios tanto para mãe quanto para o bebê. Vale ressaltar que essas orientações já vêm sendo realizadas pela equipe de enfermagem do CO. Vários mecanismos podem explicar o efeito protetor da amamentação na primeira hora de vida, que pode estar relacionado: com a colonização intestinal do RN por bactérias saprófitas encontradas no leite materno; com a propriedade do leite materno de reduzir a colonização intestinal por bactérias gram-negativas; além da capacidade adaptativa materna em produzir fatores imunológicos bioativos adequados para o recém-nascido que são excretados no colostro de acordo com a idade gestacional[2]. Acompanhamos algumas mães primigestas internadas no CO, e orientamos as mesmas, sobre AM, também algumas puérperas que estavam na sala de recuperação. Abordamos quanto à posição correta, em que o bebê deve estar olhando para a mama, barriga com

barriga, alinhamento da cabeça com o corpo, nádegas sustentadas e a mãe em posição confortável. Atentar também para a pega correta, na qual a criança deve ocupar a maior parte da região areolar, com a boca bem aberta, queixo tocando a mama, lábio inferior para fora, bochechas estufadas e apresentar uma sucção não ruidosa e uma deglutição audível, e ainda, caso a sucção seja ineficiente a mãe deve estimular as mamas regularmente, por meio de ordenha manual para garantir a produção de leite. Além disso, foi orientado sobre a utilização de sutiãs para boa sustentação das mamas, e a utilização do leite no mamilo e na aréola após as mamadas a fim de prevenir e tratar fissuras. Também foi auxiliada a mãe na primeira mamada do RN, devido à dificuldade de movimentação que ela apresentava em decorrência da anestesia, ainda na sala de cesária, proporcionando o contato precoce entre RN e mãe, exceto nas situações em que não foi possível, quando RN estava com dificuldade de termo regulação e permaneceu em berço aquecido. Deste modo, torna-se claro que a bagagem de conhecimento da equipe de enfermagem e das acadêmicas de enfermagem foi fundamental para o desenvolvimento das ações de promoção ao aleitamento materno. Nestas foram abordadas questões sobre a importância do AM, pautada nos benefícios que o leite materno traz para o lactente tais como: melhor desenvolvimento motor, diminuição do risco de otite média aguda, de gastroenterite inespecífica, de hospitalização por infecção do trato respiratório inferior, de obesidade, de diabetes tipo I e II, leucemia da infância e enterocolite necrosante[5]. Já os benefícios imediatos para a puérpera, como redução do risco de hemorragia no pós-parto e auxílio na involução uterina pela ocitocina produzida pelo estímulo da sucção do RN, além de possível efeito protetor nos transtornos do estado de ânimo materno. A longo prazo, a amenorreia lactacional ajuda a postergar futuras gestações e protege as reservas de ferro materno, também ocorre diminuição do risco de: diabetes tipo II, câncer de ovário e câncer de mama[5]. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Durante as aulas teórico-práticas, foi possível implementar ações de promoção ao AM bem como participar do desenvolvimento de tais ações juntamente com a equipe de enfermagem do Centro Obstétrico, colaborando para o início do aleitamento materno na primeira hora de vida, o que converge com as recomendações das política públicas nessa questão. Dentre tais ações, destacam-se a aproximação do RN ainda na sala de cesariana e o alojamento conjunto na sala de recuperação se mostram atitudes essenciais para o vínculo entre a mãe e o bebê, bem como o estímulo ao AM. Pode-se observar que a maioria das puérperas que demonstraram interesse e empenho para o início e manutenção do aleitamento materno haviam realizado o pré-natal, no qual obtiveram informações sobre amamentação. Diante disso, compreende-se que o pré-natal se configura como um espaço importante para compartilhar informações e assim proporcionar que as puérperas detenham conhecimento para a iniciativa e continuidade do ato de amamentar. Observamos que a equipe do CO mostra-se disposta a sanar dúvidas a respeito do aleitamento materno, e outras questões que envolvam o período puerperal. O que só vem a colaborar para o aumento dos índices de aleitamento materno. Ainda, o enfermeiro assume papel normatizador e regulador do aleitamento materno

pautado num saber científico construído, devendo agir de forma ética e respeitosa ao binômio mãe–filho para fortalecer seus vínculos.

**Área temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Aleitamento materno; promoção da saúde; equipe de enfermagem.

**REFERÊNCIAS**

1. Joventino ES, Dodt RCM, Araujo TL, Cardoso MVLML, Silva VM, Ximenes LB. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):176-84.

2. Boccolini CS, de Carvalho ML, de Oliveira MI, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. J Pediatr (Rio J). 2013;89:131−6.

3. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília; 2009. [acesso em 30 de agosto de 2013] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf

4. Arantes CIS, Montrone AVG, Milione DB. Concepções e conhecimento de sobre amamentação de profissionais da atenção básica à saúde. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2008;10(4):933-44.

5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília (DF):MS; 2011.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PRÁTICAS DE CUIDADO FAMILIAR APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

# CARE PRACTICES IN THE FAMILY AFTER MYOCARDIAL ACUDE INFARCTION

# LA PRÁCTICA DE CUIDADO DE LA FAMILIA DESPUÉS DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

GARCIA, Raquel Pötter1
BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin2
SCHWARTZ, Eda3
BARBOSA, Mariane da Silva4
FEIJÓ, Aline Machado5

1Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. raquelpottergarcia@gmail.com
2Enfermeira. Professora Associada II do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Doutora em Enfermagem. Více-líder do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. lourdesdenardin@gmail.com
3Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pesquisadora do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) e vice-líder do Núcleo de Pesquisa em Saúde Rural e Sustentabilidade. eschwartz@terra.com.br
4Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do Grupo de Pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: marianebarbosa@live.com
5Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Enfermeira do Hemocentro Regional de Pelotas (HEMOPEL). aline_feijo@yahoo.com.br

**INTRODUÇÃO:** A doença cardíaca gera modificações na vida das pessoas, à medida que impõe novos desafios, como controle da dieta, uso de medicação contínua, além de medos que podem surgir, dependendo da fase da doença. Destaca-se que essas questões tornam-se, para muitos indivíduos, um fator limitante para se ter uma vida normal, o que afeta a qualidade de vida e altera os diversos setores do cotidiano[1]. Em situação de ocorrência do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), mesmo que o evento seja agudo, suas consequências permanecem e, dessa forma, alteram significativamente a vida do paciente e o processo de viver na família, gerando novas necessidades diárias[2]. Assim, pode-se destacar que cada sistema familiar comporta um conjunto de valores, crenças e conhecimentos que irão conduzir as práticas da família, sendo o cuidado familiar concretizado nas ações e interações presentes na família e direcionado a cada um dos seus membros individualmente

ou ao grupo todo. Esse cuidado é definido a partir do mundo de significados de cada família e objetiva o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar[3]. O grupo familiar é a primeira referência para o apoio, o qual pode estar relacionado ao cotidiano e condições específicas do cuidado e tratamento da condição crônica[4]. Diante dessas considerações e da inserção do enfermeiro como profissional que atua diretamente com as famílias, torna-se necessário o desvelar de situações específicas do cuidado familiar, como forma de auxiliar na tomada de decisões de cuidado coerentes com a realidade encontrada. **OBJETIVO:** Descrever práticas de cuidado familiar após episódio de IAM. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida com seis famílias de pacientes pós IAM. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2012 e realizou-se por meio de observação no Ambulatório de Cardiologia e no domicílio dos participantes, bem como por entrevista com a família. Essa foi composta pela construção do genograma e ecomapa da família, bem como por questionamentos previstos em um roteiro. O diário de campo foi utilizado para o registro das percepções e observações do pesquisador. Para auxiliar na codificação das entrevistas foi empregado o *software* Atlas Ti 6.2, sendo os dados trabalhados com a análise temática de Minayo. A pesquisa seguiu os princípios éticos propostos pela Resolução nº 196/96 e foi aprovada pelo Comitê de Ética da universidade a qual a pesquisa está vinculada sob nº 0372.0.243.000-11. **RESULTADOS:** Por meio das entrevistas puderam ser encontradas algumas práticas de cuidado da família após o IAM, as quais revelam de certa forma, o envolvimento familiar em cada etapa do evento. Durante a realização desse trabalho foram consideradas como práticas de cuidado as ações desenvolvidas pela família no intuito de obter melhora e manutenção no estado de saúde da pessoa que teve o IAM e consequentemente do grupo familiar em sua totalidade. Em diversas situações o cuidado desenvolvido pela família assume especificidades que objetivam assegurar as necessidades individuais do membro que passa por adversidades. Assim, pode-se dizer que o cuidado que permeia o paciente vai desde o início de sua recuperação ainda no hospital, passando pelo seu retorno para casa e ainda, a retomada da rotina de vida. No ambiente hospitalar, os integrantes da família buscam se revezar para prestar assistência ao familiar doente, desenvolvendo, principalmente, suporte emocional com vistas a promover uma estabilidade familiar, já que o IAM caracteriza-se por ser na maioria das vezes repentino e causador de grande medo nas pessoas. Os integrantes da família interagem e participam ativamente na vida de quem está doente, sendo esse apoio considerado um elemento significativo para o alívio de tensões que surgem da hospitalização[5]. Quanto ao retorno para o domicílio, a família promove práticas para proteger o enfermo, tornando-o alguém diferenciado dentro desse ambiente e que por algum tempo dependerá do auxílio contínuo dos outros para desenvolver suas atividades. Nesse momento, percebe-se que além da proteção, a família também passa a desenvolver práticas de controle com o enfermo, considerando que ele encontra-se em situação de vulnerabilidade por ter experienciado um episódio de quase morte. A família assume a situação e mesmo que em alguns casos imponha certos cuidados, todos eles são

para promover bem-estar para a pessoa que teve o IAM, buscando evitar um novo evento. A proteção familiar visa preservar a vida do doente, sendo, por isso, realizados cuidados conforme as necessidades individuais e coletivas do grupo[3]. Quanto aos cuidados desenvolvidos na fase de retomada de vida, a família, embora tenha receio do que pode acontecer novamente, oferece suporte e incentivo para a prática de algumas atividades, desde que essas preservem a qualidade de vida do seu familiar. Porém, na maioria dos entrevistados pode-se detectar que as pessoas apresentam dificuldades para voltar a sua rotina, fato que dependendo da profissão exercida culminou até mesmo em aposentadoria para muitos dos sujeitos da pesquisa que tiveram o IAM. Esse fato demanda da família uma nova reorganização, pois além do embate com a doença, se estabelece uma dificuldade financeira, a qual precisa ser suprida para satisfazer as necessidades do grupo. Diante disso, novamente a família busca se fortalecer e assim atender essas demandas que surgem como consequência do aparecimento de uma doença crônica. Os integrantes da família se ajustam às demandas, no intuito de proteção coletiva, fato que representa ações que oferecem qualidade ao cuidado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante dos dados apresentados pode-se afirmar que o cuidado familiar caracteriza-se por ser complexo, pois os integrantes da família se organizam e se reorganizam continuamente no intuito de proporcionar melhor qualidade de vida para todos os envolvidos, sobretudo, para aquele que teve o IAM. Além disso, as práticas de cuidado podem ser as mais variadas, fato que depende do momento que as famílias estão vivenciando, sendo o apoio e cuidado da família que fazem diferença para uma boa recuperação e convivência da pessoa com a doença. Por fim, conclui-se que o cuidado é específico de cada família, o que exige vigilância dos profissionais de saúde para com as peculiaridades que surgem em cada relação estabelecida com as famílias. Isso facilita o reconhecimento das práticas de cuidado, bem como as avaliações, intervenções e recomendações dos profissionais de saúde.

Á**rea temática:** Processos de cuidado.

**Descritores:** Enfermagem; Família; Infarto do Miocárdio.

**Descriptors:** Nursing; Family; Myocardial Infarction.

**Descriptores:** Enfermería. Familia. Infarto del Miocardio.

**REFERÊNCIAS**

1. CAETANO JA; SOARES E. Qualidade de vida de clientes pós-infarto agudo do miocárdio. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. mar 2007;11(1):30-7.

2. VISENTIN A; LENARDT MH. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. Acta. paul. enferm. 2010;23(4): 486-92.

3. ELSEN I. Cuidado familial: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN I.; MARCON SS; SILVA MRS. (Org.). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá: Eduem, 2004, p. 19-28.

4. ARRUDA C. *et al*. Redes Sociais: Contribuição para um viver saudável de pessoas com doença cardiovascular crônica. RETEP- Revista Tendências da Enfermagem Profissional. set 2010;(4):241-6.

5. Viera CS, Mello DF, Oliveira BRG, Furtado MCC. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. Rev. eletrônica enferm. [Internet]. 2010 [citado em 2013 Jan 6]; 12(1):11-9. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a02.htm

# ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL COMO DESAFIO DIÁRIO A PROFISSIONAIS DA ATUALIDADE

# ASSISTANCE TO SEXUAL VIOLENCE'S VICTIMS AS A CHALLENGE TO NEWS PROFESSIONAL

# ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL COMO DESAFÍO DIARIO DE LO PROFESIONAL DE HOY

DALMOLIN, Anaíse1
QUINTANA, Alberto Manuel2
BARBIERI, Ângela3
FRIGGI, Priscila Ferreira4

1 Psicóloga, Mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: psicoanaise@gmail.com
2 Professor Pós-Doutor do Departamento de Psicologia da UFSM. E-mail: albertomquintana@gmail.com
3 Psicóloga, Especialista em Sistema Público de Saúde - UFSM. Mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: angelacherobini@yahoo.com.br
4 Psicóloga, Especialista em Sistema Público de Saúde - UFSM. Mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: prifriggi@hotmail.com

A violência sexual se caracteriza por uma relação hierárquica e desigual, em que se constata a dominação exercida de um sujeito para com outro. Assim, tem-se a coisificação do ser humano, que consiste na anulação da atividade ou da fala do outro, caracterizando-se assim pela inércia, passividade e silêncio. Essa violência envolve, também, outras duas desigualdades: a de gênero e a de geração. Fala-se isso pois abuso sexual é definido como todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicossexual mais adiantado que a criança ou adolescente. O agressor por vezes usam armas como coação e sedução, utilizando-se da relação de confiança que existe da criança para com ele. O abuso sexual infantil, principalmente no seio familiar, é uma questão delicada e geradora de grandes ansiedades, tanto para os envolvidos diretamente, quanto para uma equipe que atende tais casos. A família, que deveria proteger a criança, já não é mais apta para dar esse amparo. Muitas vezes o abusador tem a cumplicidade e o silêncio das mães. Em outros casos, as próprias mães são vítimas secundárias que, por dependerem do amparo financeiro de seus companheiros, ficam com medo de fazer a denuncia, pois são ameaçadas tanto com atos violentos, quanto de ficarem sozinhas sem nenhum recurso financeiro. Desse modo, a vítima de violência se sente confusa, os papéis e

funções não são claros e, ainda, aparecem os sentimentos de medo, raiva, prazer, culpa e desamparo[1]. O maior retrato de violência sexual em nosso país motivou a criação de um dia nacional de combate ao abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes. Trata-se do "Caso Araceli", que chocou o país nos anos 70. A menina, na época com 8 anos, saiu da escola a fim de entregar uma encomenda de sua mãe a alguns jovens, filhos das famílias mais ricas de Vitória, Espírito Santo, e de lá não saiu mais com vida. Seu corpo foi encontrado dois dias depois desfigurado com marcas de violência física e sexual. Apesar de terem encontrado os autores do crime, eles nunca foram condenados por ele. O dia de sua morte foi eternizado pela celebração anual de atividades que chamam atenção para a questão da violência, presente em todas as idades, classes sociais, gêneros e religiões. Com esse contexto, apresentamos um relato de experiência acontecido em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de uma cidade do interior. Trata-se da "Semana de conscientização contra a violência sexual infanto-juvenil", de iniciativa da Psicóloga e da Assistente Social da Instituição. Durante essa semana, foram promovidos momentos de capacitação e reflexão aos profissionais do município que atuam com crianças e adolescentes. Dessa forma, foram visitadas todas as escolas, Conselho Tutelar e Estratégia de Saúde da Família levando informações sobre como detectar possíveis abusos e com proceder ao encaminhamento de vítimas. O resultado das ações, no entanto, foi bem diferente do esperado, e está aqui relatado. De todos os profissionais que participaram de tal atividade, sendo eles enfermeiros, professores, conselheiros tutelares e agentes comunitários de saúde (ACS), apenas dois professores revelaram ter confiança na atuação em uma situação de violência. Todos os demais se demonstraram surpresos com o tema e inseguros em uma abordagem. Paradoxalmente, durante a atividade foram relatados pelos profissionais três casos de possível abuso de crianças com as quais eles trabalhavam e ainda não haviam sido encaminhados para nenhum atendimento. Em função disso, os números de denúncias de abuso sexual contra crianças da Assistência Social, Saúde e Conselho Tutelar foram comparados, gerando nova surpresa. No Conselho Tutelar havia registro de 7 casos; na Assistência Social, de 13; e na Saúde não havia registro, não sendo contabilizadas as três novas denúncias feita durante a capacitação por não terem sido avaliados até aquele momento. Considerando-se que o município possui pouco mais de seis mil habitantes, a proporção dos números torna-se assustadora. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) traz uma obrigação a todos os profissionais que atuam com crianças e adolescente e detectam sinais de abuso ou violência de notifica-los, sob pena de multa[2]. Assim, entende-se o quão importante é o papel desses profissionais, destacando aqui professores, que desfrutam do convívio diário com os menores, e profissionais de saúde, únicos autorizados a avaliar os indivíduos de forma integral, nas dimensões físicas e psíquicas. Ao Conselho Tutelar, como um órgão protetor, cabe por em prática as medidas legais à vítima e agressor, também necessitando preparação especial para tais situações. De todos os números encontrados na capacitação, entretanto, o que mais chama a atenção foi o da Saúde. Se já havia sido detectada a presença de vários casos, por que eles não tiveram atendimento por

alguma área da saúde? Afinal, já sabemos que crianças e adolescentes que sofrem abuso sexual ficam com sequelas físicas e psicológicas, além do risco de contração de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Essa resposta pode ser encontrada na própria capacitação feita com a equipe de ESF, visto que dos nove profissionais que lá estavam todos declararam não saber conduzir uma situação dessa natureza. Pode-se entender a dificuldade de tais profissionais em lidar com temas relativos a sexualidade e a dificuldade de acessar tais informações por elas ficarem presas ao silêncio familiar. Porém, estes são os profissionais que mais podem ajudar às vítimas, juntamente aos profissionais de saúde mental, a minimizar os danos[3]. Sabemos, no entanto, que os primeiros profissionais a ter contato com as vítimas são enfermeiros e ACS. Aqui há esse destaque à atuação das ESFs, pois elas acompanham linearmente as famílias, detectando mais fácil mudanças físicas e de comportamento que possam levar à suspeita de abuso sexual, justificando, então, a preocupação especial na capacitação destes profissionais. Infelizmente, ofertar cursos de capacitação não é suficiente para amenizar este problema, visto que há muita resistência dos profissionais em lidar com o tabu que o tema traz. Além disso, há muita interferência do senso comum no pensamento dos profissionais, que por vezes é bastante distorcido da realidade. Então, para gerar resultados eficientes é necessário que ações de combate ao abuso sexual sejam de iniciativa dos gestores de Serviços de Saúde, criando políticas que contemplem capacitação dos profissionais e atendimento às vítimas[4]. É, ainda, muito importante que as Universidades e Cursos Técnicos da área de saúde também estejam alertas para essas questões, promovendo uma qualificação de seus alunos e futuros profissionais. Assim pode-se pensar na mudança de paradigma da atenção à questão do abuso sexual contra crianças e adolescentes, que deve acontecer de forma gradual para que se consiga resultados efetivos. Com tal experiência, então, entendemos que há pouco preparo dos profissionais de todos os níveis e especialidades que atuam com temas relativos ao abuso sexual contra crianças e adolescentes. Dessa forma, também consideramos importante a capacitação de tais profissionais, visto que há uma crescente demanda nesse campo, cujos números crescem diariamente. Esta não é uma tarefa fácil, pois envolve tabus sociais e dificuldades pessoais, porém é de extrema importante e necessidade. Assim, buscamos incentivar reflexões e novas ações nesse sentido para que possamos garantir maior proteção às vítimas, assim como maior segurança na atuação dos profissionais em situações dessa natureza.

Á**rea Temática:** Processos De Cuidado

**Descritores:** Violência Sexual, Profissionais da Saúde, Capacitação

**Key-Words:** Sexual Violence, Health Personnel, Training

**Palabras-Clave:** Violencia Sexual, Personal de Salud, Capacitación

**REFERÊNCIAS:**

1 Araújo MF. Violência e abuso sexual na família. Psicologia em estudo, Maringá, 7(2), 2002.

2 Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

3 Lunardelli PS. Quem cala, consente? Reflexões sobre a subnotificação de violência sexual contra adolescentes, direito tutelado a saúde e co-responsabilidade de proteção dos serviços que prestam assistência através do SUS. Disponível em http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/noticias/654/Artigo%20Direito%20Sanitario%20FINAL.pd
f

4 Vilella WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. Cadernos de Saúde Pública, 23(2):471-475, 2007.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PSICOLOGIA EM SINTONIA COM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES, APRENDIZADOS E CONSTRUÇÕES

# PSYCHOLOGY IN HARMONY WITH FAMILY HEALTH STRATEGY: CONTRIBUTIONS, LEARNING AND CONSTRUCTIONS

# PSICOLOGÍA EN ARMONÍA CON LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA: CONTRIBUCIONES, APRENDIZAJE Y CONSTRUCCIÓNS

DALMOLIN, Anaíse1
QUINTANA, Alberto Manuel2
BARBIERI, Ângela3
FRIGGI, Priscila Ferreira4

1 Psicóloga, Mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: psicoanaise@gmail.com
2 Professor Pós-Doutor do Departamento de Psicologia da UFSM. E-mail: albertomquintana@gmail.com
3 Psicóloga, Especialista em Sistema Público de Saúde - UFSM. Mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: angelacherobini@yahoo.com.br
4 Psicóloga, Especialista em Sistema Público de Saúde - UFSM. Mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: prifriggi@hotmail.com

Em meados dos anos 90, uma discussão acerca das ofertas de serviços em saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) estava acirrada. Isso acontecia pois percebia-se os serviços de todas as esferas constantemente lotados, com difícil acesso à população e de caráter estritamente curativo. Para facilitar o acesso da população ao SUS e investir em promoção de saúde como tentativa de evitar o grande número de pessoas doentes e aumentar a qualidade de vida, a saúde básica passou a ser a melhor alternativa de investimento. Foi criado, então, o Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde com o intuito de levar atendimento à populações que até então não tinham acesso[1]. A implementação do PSF foi exitosa, principalmente no fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), que é o primeiro nível de atendimento e serviços em saúde, considerada como *porta de entrada* de tais serviços. O Programa também possui ênfase na função resolutiva, minimizando custos econômicos, e orientada para satisfazer as demandas da população nos seus problemas mais comuns de saúde. Dois anos após o início dos PSFs, iniciou-se um movimento para renomear como Estratégia de Saúde da Família (ESF) a fim de abandonar o caráter temporário de um Programa e efetivar uma Estratégia como atuação constante[2]. Concomitante a isso, a Psicologia enquanto ciência e atuação também passava por reestruturações, encontrando obstáculos para a permanência da atuação baseada na clínica

tradicional individual. Esta apresentava alto custo financeiro e temporal, o que inviabilizava o acesso à muitas pessoas. Além disso, os espaços públicos, como escolas, hospitais e UBS, começavam a apresentar demandas que abriam espaço aos psicólogos, ampliando, assim, seu campo de atuação. Assim, a Psicologia acabou por cruzar o caminho de várias instituições, trazendo novas atuações e resultados. E isso não poderia ser diferente com as ESFs. Este trabalho traz um relato de experiência da parceria dessas duas especialidades em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, configurando–se, então, como um estudo descritivo[3]. O município que abriga os serviços aqui descritos possui 6841 habitantes e situa-se na área central do estado. Por ser um município considerado de pequeno porte, os recursos são escassos, assim como profissionais e acesso a alguns serviços. A população conta com um hospital que atende basicamente emergências, duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma Estratégia de Saúde da Família. A saúde mental resume-se a um psicólogo e um psiquiatra atuantes a nível ambulatorial, ambos na UBS, tendo também um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas microrregional como referência. As internações psiquiátricas são de difícil acesso, geralmente envolvendo filas de espera. A ESF do município foi aprovada no ano de 2009 e iniciou seus trabalhos no início de 2010. A mesma conta com treze profissionais, sendo eles: um enfermeiro, um técnico em enfermagem, um médico, um dentista, um auxiliar de odontologia, e sete agentes comunitários de saúde (ACS). A sede própria está em construção, e no momento a ESF está atuando junto à UBS central. A saúde mental do município começou a estruturar-se quando da contratação de um psicólogo efetivo, no início de 2011. Até então, os médicos constatavam necessidade de atendimento e esse era feito por profissionais particulares através de convênio com a prefeitura. Hoje possui um psicólogo efetivo e um psiquiatra de contrato temporário. Apesar de os dois serviços supracitados não serem tão recentes, a falta de recursos, profissionais e estrutura faz com que a organização e atuação aconteçam de forma lenta, assim como infelizmente é a realidade de muitos municípios brasileiros. A carência de recursos, no entanto, faz com que os profissionais de diferentes áreas trabalhem de forma mais próxima para conseguir êxito nas ações. Com esse cenário, entendemos as dificuldades dos profissionais em acessar outros serviços especializados. Assim, trabalhar nessa estrutura de saúde significa estar preparado para atender as mais diversas demandas, das mais diversas gravidades, sem ter suporte para tal. Apesar de algumas ações serem obrigatórias às ESFs, nem sempre há recursos pessoais e logísticos para elas acontecerem. Neste relato, conseguimos efetivar muitos serviços com a parceria da psicologia, onde somaram-se recursos e saberes. Os dois principais serviços conjuntos são descritos na sequencia. *Grupo de Gestantes:* Os encontros são de frequência mensal, viabilizado pelo enfermeiro da ESF e pela Psicóloga do município. Participam, também, o médico da ESF e estagiários (quando há), agentes comunitários de saúde. Em ocasiões especiais há também a participação de profissionais da Assistência Social e nutricionista. Os encontros são divididos em três momentos: palestra, roda de conversa e confraternização. No primeiro momento acontece uma explanação com profissionais convidados sobre assuntos relativos à

gestação, preparado com antecedência e de acordo com as demandas que surgem no grupo e no acompanhamento pré-natal. O profissional palestrante é escolhido em função dessas demandas, sendo participante do grupo ou não. A fala é seguida por um momento de diálogo entre todos os participantes, em que as gestantes têm oportunidade de sanar dúvidas acerca do momento que estão vivenciando. O encontro é encerrado com uma confraternização com lanche e sorteio de brindes às gestantes, como roupas e sapatos para o futuro bebê. Em seu início, o grupo contava com pouca adesão, situação que está sendo alterada com o passar do tempo. O sucesso atual do grupo deve-se pela criação de um momento diferente das demais atividades do pré-natal, visto que promove proximidade das gestantes, seus familiares e equipe de saúde. As consultas médicas são curtas e espaçadas, o que muitas vezes dificulta ao paciente poder conversar e entender as mudanças que estão acontecendo em seu corpo e rotina. Como o grupo promove um momento descontraído e informal, ele acaba sendo facilitador desse processo, seja pela troca de experiências entre as gestantes ou pelas orientações técnicas dos profissionais. Assim, com a presença de profissionais da ESF e da Psicologia, tem-se uma dimensão integral de atendimento às participantes, física e emocionalmente, facilitando a abordagem dos profissionais e o bem estar das gestantes. *Visitas domiciliares especiais:* Mensalmente as famílias são visitadas pelo ACS de referência e, quando este notar necessidade de intervenção especializada, repassam a informação ao enfermeiro da ESF para que organize tal intervenção. De praxe, quem participa da visita especial é o enfermeiro e o médico da ESF. Sempre que possível a visita ganha também a participação do Psicólogo que, mesmo não sendo obrigatório e o profissional não sendo vinculado diretamente à ESF, agrega qualidade ao atendimento. Não há número fixo de visitas, pois essas são realizadas sempre que preciso, assim como também não é limitado o tempo de permanência com a família. Em cada visita promove-se um ambiente facilitador da comunicação entre família e profissionais, visto que aqueles estão em seu local de convívio e não na frieza do consultório médico. Esse fator auxilia também aos profissionais, pois os possibilita também entender o estilo e qualidade de vida das pessoas atendidas, já que as encontra em seus locais de moradia e convívio social. A presença de profissionais enfermeiro, médico e psicólogo também proporciona um entendimento integral, visto que o diálogo entre esses profissionais encontra uma visão integral dos sujeitos e seus problemas e potencialidades. Além disso, também proporciona à família atendimentos que isoladamente poderiam não ser acessados, seja pela grande demanda dos profissionais ou pela não procura dos sujeitos por imaginar que tais profissionais não possam ajuda-lo. Entendemos, com esses relatos, que o trabalho em conjunto de todos os profissionais da ESF e do profissional de Psicologia proporciona visão integral do sujeito, em suas dimensões física, psíquica e social. Dessa forma, pode-se entender as questões que levam os sujeitos às doenças e, assim, intervir de forma satisfatória para que alcançar não apenas a cura doenças, mas também melhoria da qualidade de vida, que evita-as. Assim sendo, tem-se uma consequente diminuição da prevalência de doenças, que possibilita maior investimento na promoção de saúde para a

contínua melhora nos níveis de saúde e bem estar da população. Percebemos, então, que a parceria entre ESF e Psicologia mostra-se exitosa de forma que dificilmente tais efeitos são obtidos de outra maneira. Trazemos aqui o relato de forma a incentivar novas parcerias dessa natureza e disseminar bons resultados.

Á**rea Temática:** Processos De Cuidado

**Descritores:** Saúde Da Família, Psicologia, Atenção Primária À Saúde.

**Key-Words:** Family Health, Psychology, Primary Health Care

**Palabras-Clave:** Salud de la Familia, Psicología, Atención Primaria de Salud

**REFERÊNCIAS:** Utilizar de 3 a 5 normas de Vancouver.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

2 Besen CB et al . A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. Saúde e sociedade, São Paulo, 16(1), 57-68, 2007.

3 Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2010.

# EDUCAÇÃO PERMANENTE NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

# CONTINUOUS EDUCATION IN THE PREVENTION OF PRESSURE ULCERS

# EDUCACIÓN CONTINUA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

PELLENZ, Neida Luiza Kaspary1
MACHADO, Alana Rodrigues2

1Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela UFSC/SC, Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior Norte RS – UFSM/CESNORS. Brasil. Email: neidaluiza@gmail.com.
2Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Centro de Educação Superior Norte RS – UFSM/CESNORS. Brasil. E-mail: alanamachadoenf@hotmail.com

**Introdução -** O enfermeiro é o profissional que cuida do ser humano, algumas atribuições são a provisão, promoção, manutenção e restauração da saúde. No que diz respeito a provisão encontramos a prevenção, que deve ser salientada e utilizada no dia a dia do enfermeiro. Neste contexto, a educação permanente em saúde nos agrega para a prevenção em saúde aos usuários. Buscando a melhoria na qualidade de assistência, fala-se sobre a necessidade de estudos científicos dos profissionais de enfermagem com relação à úlcera por pressão. A superfície da pele de um ser humano adulto sofre várias e profundas modificações com o decorrer do aumento da idade, entre as transformações fisiológicas do tecido tegumentar que acontecem, no idoso se mostra maior sensibilidade da pele e diminuição da capacidade de atuar como obstáculo a fatores externo, a probabilidade de lesões na pele torna-se maior em razão da redução da função de barreira. Segundo NANDA, a Integridade da Pele Prejudicada é referida como um estado no qual o indivíduo apresenta lesão em mucosa, córnea e tecido cutâneo, tendo como características definidoras a solução de continuidade da pele, destruição das camadas da pele e a invasão de estruturas do corpo. As úlceras por pressão são conseqüência da pressão exercida entre dois planos, geralmente a pele, em lugares onde o osso é protuberante, em contato muito prolongado com o leito, temos como fatores de risco alguns intrínsecos como a condição física do paciente, alterações respiratórias e circulatórias, o diabetes, medicações, a idade, a nutrição, e também fatores extrínsecos como, a umidade excessiva, uso de perfumes, a superfície de apoio a qual o paciente está encostado ou até massagens inadequadas. A nível nacional, ainda não se encontra uma diretriz para prevenção e tratamento da úlcera por pressão, mesmo com a crescente melhoria em estudos e publicações no Brasil sobre o tema, porém não suficientes para implementar as diretrizes internacionais e fazer recomendações aos

cenários da saúde do país. O melhor artifício ao enfrentamento das úlceras por pressão sempre será a prevenção, levando-se em conta que a maioria das úlceras é evitável, sendo prevenidas adequadamente, nesta linha de pensamento são bastante usados instrumentos de medição de risco. Uma das mais usadas, a escala de Braden foi criada em 1985 nos Estados Unidos. A escala de Bradem é negativa, quanto menor sua pontuação, maior risco, seus intervalos oscilam entre 5 e 23 pontos, sendo pacientes de risco os de pontuação igual ou inferior a 16, baixo risco 15 a 16 pontos, risco moderado de 13 a 14 e risco alto entre 5 e 12. Por isso, evidencia-se a importância da Educação Permanente em Saúde abordando também sobre a temática de prevenção de úlcera por pressão, aos profissionais que tem contato direto com paciente propensos as lesões, pois é necessário para o enfermeiro estar sempre atualizado sobre assuntos que necessitam de cuidados especiais, sendo que a educação permanente condiciona transformações pessoais e profissionais, denotando estar em contínuo aprendizado, educando e reaprendendo de diferentes formas, em diversos lugares e momentos. **Objetivos –** Como objetivo geral avaliar o grau de conhecimento que os técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam em uma unidade aberta de um hospital de grande porte da região central do estado tem sobre prevenção de Úlceras por Pressão, e como objetivos específicos caracterizar como os técnicos e auxiliares de enfermagem reconhecem os fatores pré-disponentes às Ulceras por Pressão e capacitar por meio de Educação Permanente os técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam nas unidades abertas de um hospital de grande porte sobre Prevenção das Úlceras por Pressão. **Metodologia-** Esta pesquisa mostra-se de natureza qualitativa, quantitativa e descritiva. Esse estudo, de caráter qualitativo busca compreender, opiniões, percepções e interpretações de como os seres sociais vivem, como fazem a construção dos seus vínculos, sentem e pensam. Também busca envolver processos sociais alusivos a grupos particulares comumente menos conhecidos (MINAYO, 2010; MINAYO, 2007). No que diz respeito à abordagem quantitativa, a mesma busca descrever significados que são considerados como inerentes aos objetos e atos, por isso é definida como objetiva. Esta, ainda tem como característica, permitir uma abordagem mais focalizada, pontual e estruturada utilizando-se de dados quantitativos, sua coleta de dados realiza-se através da obtenção de respostas estruturadas (TANKA ET,al, 2001). Esta procura se classifica também como descritiva, já que tem por objetivo procurar e descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre as variáveis (GIL, 1999). Será realizada uma entrevista semi-estruturada (Apêndice A), considerando as seguintes questões norteadoras: -Quais os procedimentos de enfermagem que você considera importante realizar para prevenir as UPP? -Como você avalia os fatores de risco para um paciente desenvolver UPP? -Quais os fatores de risco que você considera importante avaliar para prevenir uma UPP no paciente acamado? -Você acha necessário receber educação permanente sobre o tema (prevenção de UPP)? **Resultados -** Os resultados da pesquisa serão analisados e discutidos após a coletada de dados, que será efetuada no segundo semestre do ano de 2013, por se tratar de uma nota prévia de um trabalho de conclusão de

curso que será entregue em janeiro de 2014. **Conclusões** - Em virtude dos fatos já mencionados as conclusões serão descritas após analise dos resultados da pesquisa, Segundo Minayo (2010), este tipo de análise é dividido em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretações. Ou, ainda, a partir das recomendações da mesma autora, a análise obedecerá aos seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. Ordenação dos dados: Esta etapa inclui a transcrição das entrevistas gravadas, leitura e releitura do material e organização dos relatos obtidos. Classificação dos dados: Esta fase consiste na leitura exaustiva e repetida do conteúdo das entrevistas, elencando o que há de semelhante e diferente nos discursos dos sujeitos do estudo, com vistas à categorização. Análise Final: Neste momento, articulam-se os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa, norteados pelos objetivos. Percebe-se que a realização deste trabalho tem uma grande valia no cenário atual, pois trará resultados que nortearam capacitações aos trabalhadores, melhorando assim o grau de conhecimento sobre a prevenção de úlceras por pressão.

Á**rea temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Enfermagem; Educação em Saúde; Úlcera por Pressão

**Referencias**

-NANDA: sistematização da proposta do 2 SNDE. João Pessoa: União, CNRDE/GIDE-PB, 2009-2011.

-BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10ª edição. Editora: Guanabara Koogan. 2005.

-MINAYO, M. C. de S. (Org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

-GIL, A.C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 4. Ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1999.

-Tanka O Y, Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp; 2001.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A ÉTICA NAS INTERVENÇÕES DOMICILIÁRIAS

# THE ETHICS IN THE HOME INTERVENTIONS

# LA ÉTICA EN LAS INTERVENCIONES DOMICILIARIAS

LAUERMANN, Jusiene Denise1
ROSO, Adriane2
LUCCA, Gerusa Morgana Bloss3
SBRISSA, Luiza Elesbão4

1 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM. Email: jusi_dl@hotmail.com
2 Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM. Email: adrianeroso@gmail.com
3 Acadêmica do Curso de Psicologia da UFSM. Email: gebloss@gmail.com
4 Acadêmica do Curso de Psicologia da UFSM. Email: luizasbrissa@gmail.com

**Introdução:** Ética, palavra derivada de *ethos*, significava, para os gregos, os costumes de um grupo, os quais eram decisivos na contenção da conduta dos indivíduos. Também significava moradia, referindo-se a morada da alma, ou seja, ao caráter da pessoa. Assim, tem-se que ética remete a uma ação humana que produz efeitos em outros seres humanos e, por isso, não se restringe ao sigilo. Em pesquisas qualitativas, por exemplo, encontram-se questões referentes à relação entre pesquisador e pesquisado. No caso da técnica de observação, tão utilizada nessas pesquisas, em algumas circunstâncias, ela pode tornar-se problemática por poder representar uma invasão na privacidade, mesmo quando consentida (Víctora et. al., 2000). Nesse sentido, pensa-se que as diferentes modalidades de intervenções, realizadas nos domicílios das pessoas, podem configurar-se em uma prestação de serviço invasiva se não pensada e realizada com alguns cuidados éticos. Mas, quais seriam esses cuidados? Visando responder questões como essa é que surgiu este trabalho. Para isso, faz-se necessário, primeiro, realizar um breve comentário sobre as intervenções domiciliárias, objetivando compreender o por que diferentes modalidades de atenção no domicílio precisam ser observadas a partir de uma postura e cuidados éticos que vão muito além do consentimento informado das pessoas atendidas ou participantes em pesquisa. Conforme Püschel, Ide e Chaves (2005), o cuidar no domicílio tem um significado abrangente pelo fato de se inscrever no território do outro. Algo que remete, desde aí, a uma questão ética importante, do nosso ponto de vista, na medida em que se está "entrando" na "morada" do outro. Para o cuidado domiciliar, muito se tem utilizado o modelo hospitalar, porém, Püschel, Ide e Chaves (2005) ressaltam que este modelo não consegue dar conta dos significados e expressões de vida e de saúde/doença das pessoas.

Por isso, a importância de uma abordagem que vai além da dimensão clínica tradicional, ou seja, uma abordagem que possa apreender os modos particulares como as famílias concebem a vida, a saúde e a doença. Dessa forma, a abordagem dos profissionais requer um cuidado ético que, pelo fato de eles estarem no espaço do outro, merece uma atenção especial e sensível ainda maior. Referente ainda a atuação dos profissionais, observando-se que a atenção e a intervenção domiciliárias não correspondem a um campo de atuação de uma área em específico, apresenta-se outra questão ética importante. Trata-se da ética que perpasse, ou deveria perpassar, as relações de equipe. Diante disso, Pietroluongo e Resende (2007) verificam que a horizontalização dos saberes é indispensável para que ocorra um efetivo trabalho multiprofissional, ou seja, todos os saberes são importantes quando se trata de compreender os sujeitos e suas famílias, não cabendo relações verticais nas quais um determinado saber predomina sobre os demais. Assim, segundo Amaral, Gonçalves e Serpa (2012), faz-se necessário pensar uma ética que inclua aspectos como o compartilhamento de informações e os desafios pautados na ação conjunta dos profissionais. Frente a todo o exposto, percebe-se que, no contexto das intervenções domiciliárias, aspectos éticos demandam a atenção de todos os profissionais. Portanto, tendo em vista o que se entende por ética e por atenção e intervenção no domicílio, busca-se verificar a produção científica publicada sobre a articulação entre estes dois temas. Compreender como se tem analisado a interlocução entre a ética e a intervenção domiciliária pode colaborar com a prática dos profissionais que atuam no domicílio e com a investigação de novos estudos nesta área. **Objetivo:** Verificar de que forma são tratadas as questões éticas nas intervenções domiciliárias. **Metodologia**: Trata-se de uma revisão sistemática na qual foram selecionados artigos nacionais referentes às questões éticas nas intervenções domiciliárias. A busca foi realizada nas bases de dados SciELO e LILACS por meio dos termos visita domiciliar, cuidado domiciliar, atendimento domiciliar, assistência domiciliar, atenção domiciliar e visita domiciliária, todos combinados com o termo ética, sendo encontrados 52 artigos. Após a leitura dos resumos e considerando-se o objetivo do estudo, obteve-se um total de dois artigos que foram analisados em profundidade. **Resultados:** Os artigos encontrados, publicados em 2007 e em 2011, respectivamente escritos por autores da área da psicologia e da enfermagem, discutem algumas questões éticas presentes nas intervenções domiciliárias. Apesar de ambos abordarem a ética em suas pesquisas, o objetivo principal de cada artigo diferiu. No primeiro, o objetivo consistiu em capacitar as famílias de usuários da rede de saúde mental para a sua inclusão social. Isso foi feito por meio das visitas domiciliares realizadas pelos profissionais. No segundo, objetivou-se a reflexão sobre os princípios éticos no cuidado domiciliar, enfatizando-se o manejo dos profissionais e o preparo das famílias para cuidar dos seus familiares. Os dois artigos partiram de um enfoque qualitativo. Um desenvolveu as suas ideias a partir de uma experiência de estágio em psicologia realizada em um hospital psiquiátrico. O outro realizou um estudo do tipo exploratório descritivo por meio de uma revisão crítica da bibliografia, analisando os dados através da análise de conteúdo. No que se refere a questão

ética, foco deste estudo, o primeiro artigo contemplou uma reflexão sobre três dimensões atitudinais: a ética, a ação-teórica e a postura reflexiva. Para falar da dimensão ética, Pietroluongo e Resende (2007) buscaram em Araújo (2003) e em Guareschi (2003) suporte para abordar essa questão. De acordo com Araújo, a ética deve nortear qualquer prática profissional em saúde mental, além de ser uma reconstrução da moralidade a partir do contato com o outro. Guareschi também destaca a relação com o outro quando se trata da ética. Segundo ele, a ética corresponde a uma postura crítica frente a todo conceito institucionalizado, visando sua transformação. Quanto a açãoteórica, Pietroluongo e Resende (2007) entendem que esta tem por objetivo evitar a "objetalização" do sujeito a um pressuposto teórico dominante, permitindo que a teoria esteja aberta ao novo, ao singular e ao relacional e histórico. Em relação à postura reflexiva, esta, conforme as autoras, diz respeito a reflexão dos valores dos próprios profissionais. Nesse sentido, cabe aos profissionais estarem sempre refletindo e questionando sobre as suas técnicas, discursos e sobre o lugar que eles ocupam na sociedade. O segundo artigo, diferentemente, suscita uma discussão sobre os quatro princípios de ética biomédica de Beauchamp e Childress. Estes quatro princípios seriam: princípio da beneficência (obrigação moral de agir em benefício dos outros), princípio da não maleficiência (não causar mal ou dano as pessoas), princípio da justiça (tratar cada pessoa conforme o que é certo e adequado e dar-lhe o que é devido) e princípio da autonomia (liberdade ou independência para escolher e capacidade para agir intencionalmente) (Santos, Leon e Funghetto, 2011). Sobre o primeiro princípio, as autoras comentam que, levando em consideração que as re-hospitalizações elevam os custos ao Sistema Único de Saúde (SUS) e aumentam os riscos do paciente contrair infecções, o cuidado domiciliar justifica-se por proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente. No entanto, é preciso considerar as condições e limitações da família em conviver com um familiar doente em casa. Se isso não for considerado, poderá causar malefícios ao paciente e à sua família, o que vem ao encontro do segundo princípio da maleficiência. Referente ao princípio da justiça, as autoras destacam que o cuidado domiciliar pode garantir ao usuário "condições de recuperação de sua saúde e continuidade do acompanhamento para além do hospital" (p.861). Além disso, ele pode oportunizar a autonomia do paciente e da sua família ao possibilitar o autocuidado no espaço domiciliar, tendo-se, assim, contemplado o princípio da autonomia. Entretanto, se o cuidado domiciliar for usado apenas para diminuir os custos hospitalares, pode retirar a autonomia na medida em que deixa de ser uma opção e se torna uma imposição da instituição hospitalar. Entre as conclusões postuladas pelos artigos estão: a importância da visita domiciliar no campo da saúde mental como forma de capacitar a família para que essa se sinta segura e confiante na sua convivência com um familiar usuário da rede de saúde mental (Pietroluongo e Resende, 2007); e a importância das instituições de saúde proporcionarem ao paciente e sua família um atendimento que contemple as suas necessidades de saúde no domicílio (Santos, Leon e Funghetto, 2011). Ambos também fazem referência ao seu campo específico de atuação profissional na área da atenção domiciliar. Segundo Pietroluongo e Resende (2007), caberia aos psicólogos

auxiliar a equipe na percepção de problemas suscitados pela família, realizar uma intermediação entre a equipe e a família e incentivar os profissionais a manterem uma postura reflexiva. Já aos enfermeiros, conforme Santos, Leon e Funghetto (2011), caberia avaliar os indicadores de risco para infecção e orientar os usuários para o autocuidado e o cuidado familiar. **Conclusões**: Portanto, ambos os artigos pontuam questionamentos importantes, os quais evidenciam a sua preocupação com o outro, demonstrando uma postura crítica. Pietroluongo e Resende (2007), por exemplo, compreendem ser importante o questionamento de conceitos naturalizados na área da saúde mental, bem como das relações verticais entre os saberes, comprometendo um entendimento do sujeito em sua complexidade. Já Santos, Leon e Funghetto (2011) consideram necessário questionar se a oferta de cuidado domiciliar corresponde a uma modalidade adequada de saúde ou se está sendo utilizada como uma alternativa conveniente ao sistema de saúde diante da redução dos custos hospitalares. Nota-se, assim, que os autores dos artigos estão comprometidos com a apreciação de questões éticas que perpassam a atenção e a intervenção domiciliária e que vão muito além do sigilo e do consentimento informado.

**DESCRITORES:** Ética; Assistência domiciliar; Família.

**KEYWORDS:** Ethics; Home assistance; Family.

**PALABRAS CLAVE:** Ética; Asistencia domiciliaria; Familia.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS**

Amaral M dos S, Gonçalves CH, Serpa MG. Psicologia comunitária e a saúde pública: relato de experiência da prática psi em uma unidade de saúde da família. Psicologia: Ciência e Profissão. 2012 [acesso em 2013 jun 2];32(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n2/v32n2a15.pdf.

Pietroluongo AP da C, Resende TIM de. Visita domiciliar em saúde mental – o papel do psicólogo em questão. Psicologia: Ciência e Profissão. 2007 [acesso em 2013 jul 24];27(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n1/v27n1a03.pdf.

Püschel VA de A, Ide CAC, Chaves EC. Instrumento para a abordagem psicossocial do indivíduo e da família na assistência domiciliar - condições de aplicabilidade. Acta Paul Enferm. 2005 [acesso em 2013 jun 1];18(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/14.pdf.

Santos LR, Leon CGRMP de, Funghetto SS. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. Ciência & Saúde Coletiva. 2011 [acesso em 2013 jul 24];16(supl.1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a17v16s1.pdf.

Víctora CG, Knauth DR, Hassen M de NA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

# MALFORMAÇÃO FETAL EM GESTAÇÃO GEMELAR: A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO

# FETAL MALFORMATION IN GEMELAR GESTATION: THE ROLE OF THE PSYCHOLOGIST

# MALFORMACIÓN FETAL EN EMBARAZO GEMELAR COCHE: EL PAPEL DEL PSICÓLOGO

FRIGGI, Priscila Ferreira1
BARBIERI, Ângela2
DALMOLIN, Anaíse3
QUINTANA, Alberto Manuel4

1 Psicóloga, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Mestranda em Psicologia com ênfase na Saúde- UFSM. prifriggi@hotmail.com
2 Psicóloga, Especialista em Sistema Público de Saúde, Mestranda em Psicologia com ênfase na Saúde- UFSM.
3 Psicóloga, Mestranda em Psicologia com ênfase na Saúde- UFSM.
4 Psicólogo, Professor Pós-Doutor do Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Pós- Graduação em Enfermagem UFSM.

Desde o início da gestação, estabelece-se uma importante relação entre mãe e bebê, carregada de investimentos e projeções de qualidades e perfeições atribuídas ao filho. Nesse sentido, o desejo de ter um filho, ou a necessidade de engravidar, se dá em algumas mulheres devido a questões às vezes até conflituosas destas com suas mães[1]. Ser uma mulher maternal diz de uma relação intensa com a mãe no início de seu desenvolvimento. Elas maternam porque foram maternadas por mulheres. Tratando-se de estrutura psíquica, um filho vem a representar a completude do triângulo relacional para a mulher. Ter um filho significa não somente a relação com o homem, mas também assumir um lugar novo no complexo edípico (só agora resolvido), que é o de lugar materno[1]. Ter um filho perfeito, que possa atender suas expectativas e sonhos é desejo da maioria dos casais, constituindo-se um evento socialmente esperado. Assim, quando o bebê apresenta algum problema, ocorre a "destruição" de um grande sonho e, quanto mais a criança real for diferente do sonho dos pais, mais difícil é a adaptação destes ao seu nascimento[2]. O diagnóstico de anormalidade e a detecção de sofrimento fetal são fatos que aumentam significativamente as dificuldades de uma gravidez, provocando, inevitavelmente, uma grande desilusão e

descrença para os pais que o vivenciam, os quais se vêem obrigados a fazer o luto do bebê imaginário[3]. Diante disso, esse estudo objetiva vincular os achados teóricos sobre os aspectos psicológicos da gestação a um relato de vivência na obstetrícia de um hospital universitário e compreender o impacto psicológico do diagnóstico de malformação fetal para a gestante. Para tal, apresenta-se um relato de experiência das autoras enquanto psicólogas residentes atuantes no referido caso. A atuação da psicologia foi solicitada a fim de prestar acompanhamento a uma gestante de 42 anos, grávida de gêmeos, que havia recebido a notícia de que um dos fetos teria ido a óbito e o outro estava com uma malformação congênita, incompatível com a vida. Foi passado para a paciente que naquele momento, restava esperar, pois havia a possibilidade da gestação ser interrompida devido ao óbito de um dos fetos, o que poderia causar infecções e colocar em risco sua vida. Contudo, não foi o que ocorreu, pois o organismo da paciente encapsulou esse feto, logo, sem apresentar riscos para sua saúde. No momento da avaliação psicológica a paciente encontrava-se bastante ansiosa, com muitas dúvidas sobre como o caso iria ser conduzido e por diversas vezes mencionou a possibilidade de fazer um aborto. Sabe-se que o impacto de um feto malformado ou deficiente, torna-se muito angustiante e desestruturante, de tal forma que poderá provocar um desinvestimento rápido e o pedido de interrupção da gravidez surge como uma das reações mais frequentes, no sentido de repor o equilíbrio psíquico dos pais[4]. Por outro lado, perante uma malformação incompatível com a vida, a família confronta-se com a complexa decisão de interromper ou não a gravidez. Dessa forma, iniciou-se o acompanhamento psicológico da paciente, acreditando que nesse momento, devido as suas dúvidas e angústias, seria de fundamental importância a imparcialidade de um profissional psicólogo para que aquela pudesse se remeter as suas próprias crenças e convicções, desencadeando um processo de reflexão que poderia auxiliar se eventualmente fosse discutida a interrupção ou não da gestação. É papel do psicólogo proporcionar ambiente seguro e adaptativo, através da escuta empática e ativa. Para o autor, um ambiente acolhedor, sem que a pessoa sinta medo de represálias, constitui uma atitude facilitadora, que vai levar a que os pais se sintam à vontade para verbalizar, explorar, refletir e desbloquear sentimentos, preocupações, pensamentos, significações, expectativas, crenças e necessidades pessoais[5]. O processo de internação hospitalar da paciente, até o momento em que foi decidido pela interrupção da gestação, envolveu situações de sofrimento pessoal importante. A internação em enfermaria obstétrica propiciou contato com gestações que terminaram em sucesso, o que despertou na paciente sentimentos mais intensos de fracasso e frustração, não pela interrupção em si, mas pela incapacidade sentida no gestar. Muitas vezes relatou, devido ao avançado tempo de gestação - aproximadamente 27 semanas até que se interrompesse a gestação - que via sua barriga crescer, fato que deixaria qualquer mãe feliz, mas que para ela isso era motivo de sofrimento, pois mesmo que essa gravidez fosse até o final, o bebê não sobreviveria ao parto. Demorou algumas semanas até que a equipe, juntamente com a paciente e seus familiares decidissem por fazer um pedido para interrupção legal da gestação, visto que se tratava de uma anomalia

incompatível com a vida. Segundo a paciente, essa seria a melhor conduta para o seu caso, já que se encontrava sem esperanças sobre o diagnóstico do bebê e a internação a cada dia tornava-se mais angustiante. Numa primeira instância o pedido foi negado pelo juiz. Assim, foi solicitado pela médica da equipe de referência da paciente, a elaboração de um parecer da psicologia sobre as consequências psicológicas que essa situação clínica poderia causar à paciente. Entretanto, não foi preciso elaborar o parecer, já que no mesmo dia, a paciente, segundo a equipe médica, entrou em trabalho de parto e a gravidez foi interrompida. Diante disso, após o processo de interrupção da gravidez reavaliou-se a paciente, a fim de identificar os processos psíquicos deste momento, identificando se havia necessidade de acompanhamento psicológico para auxiliar na elaboração do luto e da situação vivida. Neste caso, houve reconhecimento de que a interrupção da gravidez foi a melhor escolha, e que efetivamente minimizou o sofrimento. Não foram identificadas reações de arrependimento ou culpa. Sendo assim, entende-se que o acompanhamento psicológico realizado nesse momento de revelação do diagnóstico até a interrupção da gestação tenha sido de grande valia à paciente, pois permitiu que refletisse sobre suas escolhas diante de um contexto não favorável à gestante e tampouco aos fetos. Acredita-se que a ausência de sentimento de culpa ou depressão pós interrupção esteja diretamente relacionada a esse processo de intensa revisão de valores morais, culturais e melhor compreensão dos aspectos psíquicos que a paciente pode vivenciar durante o processo de internação. Para tanto, é importante que a malformação não seja contemplada apenas nas esferas física e funcional, mas sim que seja levado em consideração o aspecto psicológico da gestante e sua capacidade de escolha diante de uma situação de intenso sofrimento, como se apresenta no contexto citado.

Á**rea temática:** Processos de Cuidado.

**Descritores:** Malformação; Gestação gemelar; Psicologia.

**Key-Words:** Malformation; Twin pregnancy; Psychology.

**Palabras-Clave:** Malformacion; Embarazo gemelar; Psicología.

**REFERÊNCIAS**

1.Chodorow N. Psicanálise da Maternidade. Uma crítica a Freud a partir da mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 2002.

2.Pelchat D. Processus d'adaptation des parents d'un enfant atteint d'une déficience et elaboration d'un programme d'intervention précoce à leur intention. Revue Cannadienne de Santé Mentale Communitaire. 1992. vol. 11:63-80.

3.Raphaell-Leff J. Introduction: technical issues in perinatal therapy. In: 'Spilt milk' perinatal loss & breakdown. London: Institute of Psychoanalysis; 2000. p. 82-97.

4.Sousa AS. Saúde do feto. In: Sá E. Psicologia do feto e do bebê. Lisboa: Fim de século; 2003. p. 39-66.

5.Rolim L. Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In: Canavarro M. Psicologia da gravidez e da Maternidade. Coimbra: Quarteto Editora; 2001. p. 255-296.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ASPECTOS PSICOLÓGICOS NAS DOENÇAS PULMONARES CRÔNICAS: UM ESTUDO DE CASO

# PSYCHOLOGICAL ASPECTS IN CHRONIC LUNG DISEASES: A STUDY CASE

# ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LAS ENFERMEDADES PULMONARES CRÓNICAS: UN ESTUDIO DE CASO

FRIGGI, Priscila Ferreira1
BARBIERI, Ângela2
DALMOLIN, Anaíse3
QUINTANA, Alberto Manuel4

1 Psicóloga, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Mestranda em Psicologia com ênfase na Saúde- UFSM. prifriggi@hotmail.com
2 Psicóloga, Especialista em Sistema Público de Saúde, Mestranda em Psicologia com ênfase na Saúde- UFSM.
3 Psicóloga, Mestranda em Psicologia com ênfase na Saúde- UFSM.
4 Psicólogo, Professor Pós-Doutor do Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Psicologia Pós Graduação em Enfermagem da UFSM.

Dados apontam que em 2020, 80% das doenças nos países em desenvolvimento decorrerão de problemas crônicos e, dentre esses, destacam-se as doenças de ordem respiratória, que são denominadas como pneumopatias[1]. Essas últimas são enfermidades que vem aumentando em prevalência, particularmente entre as crianças e os idosos e afetam tanto as vias aéreas superiores como as inferiores. Dentre as pneumopatias que acometem as vias inferiores, as mais comuns são as Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC), Bronquiectasia, Fibrose Cística, Asma e Tuberculose[1]. O Brasil ocupa a oitava posição mundial em prevalência de asma, com estimativas para crianças e adolescentes escolares. Em 2007, a asma foi responsável por cerca de 273 mil internações, custando cerca de 98,6 milhões para o Sistema Único de Saúde (SUS)[1]. Quanto à DPOC, estimativas mostram que a morbimortalidade está se elevando em muitas regiões. A DPOC afeta 210 milhões de pessoas e é a quarta causa de mortalidade e representa 4,8% dos óbitos em todo o mundo[1]. Nesse contexto, observam-se intercorrências na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, o que gera incapacidade e grande impacto econômico e social. As limitações físicas, emocionais e intelectuais que surgem com a doença, têm conseqüências na vida do paciente e de toda sua família[1]. Partindo disso, percebe-se a relevância de contemplar esses sujeitos de uma maneira global, isto é, compreender também as implicações psicológicas geradas por suas limitações físicas e a consequente queda de produtividade e auto-estima.

Ressalta-se, assim, a vulnerabilidade orgânica destes usuários com pneumopatias crônicas, principalmente os que apresentam o sintoma de dispneia, que diante de fatores estressores podem apresentar exacerbações graves da doença, implicando diretamente no aumento dos níveis de ansiedade e depressão, não raros nessa realidade[1]. Assim, o presente estudo trata-se de um estudo de caso, de um usuário de saúde do sexo masculino, com diagnóstico pneumológico de DPOC, 56 anos, residente em Santa Maria e assistido em um ambulatório de fisioterapia e reabilitação do Hospital Universitário de Santa Maria-HUSM há 8 meses. Trabalhou-se, assim, com a hipótese de que o atendimento psicológico individual poderia reduzir os níveis de ansiedade e depressão apresentados pelo referido usuário. Foram utilizadas, anteriormente ao acompanhamento psicológico, a Escala de Ansiedade de Beck e a Escala de Depressão de Hamilton a fim de verificar os níveis de ansiedade e depressão apresentados pelo participante. Para esse estudo utilizaram-se fragmentos de relatos registrados durante 10 sessões de psicoterapia breve, no período de outubro a dezembro de 2011, com duração de 50 minutos cada, nas dependências do ambulatório. Ao término do acompanhamento, realizou-se uma reavaliação, por meio das Escalas Beck e Hamilton novamente, para observar se ocorreram mudanças nos graus de ansiedade e depressão presentes na avaliação inicial. Os dados foram obtidos através das falas do participante durante as sessões de acompanhamento psicológico. Este autorizou esses registros feitos em material particular da pesquisadora. Para analisar os dados utilizou-se a técnica da análise de discurso, que se configura ao procura interpretar o real sentido do discurso do sujeito, por meio de uma observação minuciosa do pesquisador[2]. Cabe ressaltar que esse trabalho foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo à resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde e foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da instituição, sob o C.A.A.E 0304.0.243.000-11. Sob avaliação da Escala de Ansiedade de Beck, o participante apresentou critérios para intensidade grave. Posteriormente ao acompanhamento psicológico, passou ao grau leve de ansiedade. De acordo com os resultados observados na aplicação da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton, perceberam-se resultados que apontavam grau grave para depressão e, após o acompanhamento, chegou ao grau leve. Durante as sessões de acompanhamento psicológico, o participante verbalizou as limitações com as quais convive e o quanto estas afetam as relações familiares e externas. Dentre essas queixas, destacou-se a dispnéia como fator importante no processo de diminuição e até mesmo extinção de algumas atividades antes desenvolvidas. Evidencia-se o exposto na fala *"antes eu fazia tudo dentro de casa, mas desde quando começaram os sintomas eu faço pouco, parando pra descansar toda hora"* Nesses casos, o próprio temor da dispnéia implica diretamente no aumento do sintoma da ansiedade, isto é, em função desse temor, as pessoas evitam esforços físicos, aumentam seu descondicionamento e criam um círculo vicioso[3]. Quanto à imagem corporal, essa realidade gera baixa auto-estima e traz a sensação de não ser alguém capaz de seduzir ou de ser desejado e, é no contato com o outro que o corpo exerce a genitalidade e precisa ser tanto desejado quanto desejante diante dele[4],

conforme exemplificado na fala *"essa doença me deixou muito magro e tem gente que mexe comigo por causa da minha magreza. Eu sei que fica difícil conseguir alguém assim, com todos esses problemas de saúde que eu tenho e com esse aspecto*". Esse fragmento denota a existência não apenas de uma limitação física em decorrência da pneumopatia crônica, mas a situação de constrangimento instalada diante do não exercício pleno de sua sexualidade. Diante disso, pode-se também perceber o retorno ao ciclo vicioso dos sintomas, quando essa sensação de não ser desejado é fortemente vivenciada. Nesse momento, quando surgiam queixas desta ordem, era necessário possibilitar ao participante que visualizasse outras possibilidades e potencialidades e não apenas enfatizar as impossibilidades que se apresentavam em períodos críticos da doença. Percebe-se, dessa forma, que nas doenças pulmonares, são experimentados sentimentos e comportamentos diversos, resultantes de todas as alterações na capacidade física, na auto-estima e na imagem corporal, principalmente nas relações com as outras pessoas e nas atividades do dia-a-dia[5]. Ao término do acompanhamento, as falas eram menos arraigadas às limitações e muitas questões foram trabalhadas. Dentro do foco e do tempo previsto de atendimentos e, aliado às demais atuações profissionais, foi possível atingir uma diminuição dos níveis de ansiedade e depressão verificados na testagem inicial. Um exemplo disso pode ser observado na fala *"conversar sobre as minhas limitações e dificuldades me fez bem, posso dizer o quanto me aliviei nesse tempo aqui, sobre assuntos que não costumo conversar com amigos, porque são coisas íntimas né. Esses sintomas, a falta de ar, a necessidade de fazer as coisas mais devagar, eu não costumo comentar isso com as pessoas de fora"*. Sendo assim, foi observada e reafirmada a importância de se ofertar ao usuário de saúde um lugar onde possa ser escutado, visto e onde pudesse ouvir a si mesmo. Assim, percebe-se que a intervenção psicológica veio para favorecer o surgimento de recursos internos para lidar com as situações adversas e é percebida a construção que cada um faz de seu quadro clínico e como isso interfere na visão que tem de si mesmo neste momento da vida. Percebe-se uma exigência de reposicionamento do paciente sobre o seu ser, diante da doença instalada e de suas limitações.

Á**rea temática:** Processos de Cuidado.

**Descritores:** Doenças crônicas; Doenças pulmonares; Ansiedade; Depressão; Psicologia.

**Key-Words:** Chronic disease; Lung diseases; Anxiety; Depression; Psychology.

**Palabras-Clave:** Enfermedades crónicas; Enfermedades pulmonares; Ansiedad; Depresión; Psicología.

**REFERÊNCIAS**

1.World Health Organization- World Health Statistics, 2012. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/index.html.

2.Orlandi EP. Análise de Discurso. Princípios e Procedimentos. 7ª ed. São Paulo: Pontes; 2007.

3.Godoy DV, Godoy RF. Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação pulmonar. Jornal Brasileiro de Pneumologia; 2002, 30 (2): 121-125.

4.Bento M, Gaspar SAA. Adolescente cardiopata: questões ligadas à feminilidade. In: Ribeiro ALA. Mulher e Coração. São Paulo: Papirus: 2003, p. 19-29.

5.Martins LM, Franca APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 1996, 4(3):670-76.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# CUIDADO DE ENFERMAGEM A USUÁRIOS DE CRACK EM UM HOSPITAL GERAL, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CRUZ, Cibele Thomé da1
PORTELLA, Monique Pereira2
BENETTI, Priscila Escobar3
FRÖHLICH, Mariana4
STUMM, Eniva Miladi Fernandes5

1 Enfermeira graduada pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: cibelethome@bol.com.br
2 Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul-UNIJUÍ, bolsista voluntária em Projeto de Extensão.
3 Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul-UNIJUÍ, bolsista voluntária em Projeto de Extensão e Iniciação Científica PIBIC/UNIJUÍ.
4Enfermeira graduada pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.
5 Enfermeira, Mestre em Administração, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

**Introdução:** A participação enquanto estudantes de enfermagem, bolsistas de um projeto de extensão interinstitucional, em um hospital da região noroeste do estado Rio Grande do Sul, oportunizou contato com indivíduos internados na referida instituição de assistência à saúde, em diferentes situações de adoecimento, em especial, dependentes de substâncias psicoativas. Essa vivência nos instiga a refletir a respeito da temática, de forma a subsidiar a atuação enquanto acadêmicos e como futuros profissionais da saúde, no cuidado a esse contingente expressivo da população. Várias são as substâncias químicas disponíveis e que levam à dependência química, dentre elas, o crack. Esta é uma droga ilícita, amplamente utilizada, independente de classe social, etnia, raça e cor, que leva, rapidamente, à dependência, com danos severos e, muitas vezes, irreversíveis à saúde do indivíduo. Ainda, é uma substância psicoativa, estimulante do sistema nervoso central, com alto potencial para dependência, obtida a partir da mistura da pasta-base de cocaína refinada, com bicarbonato de sódio e água, atinge rapidamente o sistema nervoso central e leva de 8 a 15 segundos para atingir seu efeito[1]. Dessa forma, o uso de crack é um problema de saúde pública pelos efeitos produzidos no organismo, pelo aumento da criminalidade e devido aos custos com tratamento[2]. Além disso, há um aumento significativo de adolescentes usuários de drogas ilícitas, principalmente o crack, sendo que a idade média inicial do uso de substâncias psicoativas é cada vez menor, demonstrando o crescente abuso entre crianças.

Sendo esse período vulnerável ao uso de drogas psicoativas, por ser uma fase de descoberta a cerca da vida, momento de autoafirmação ao ambiente de convívio, favorecem os comportamentos de risco, como prostituição, gravidez, doenças transmissíveis. **Objetivo:** Com base nessas considerações, busca-se com o presente artigo tecer reflexões a cerca do cuidado de enfermagem prestado a usuários de crack, internados em um hospital do noroeste do estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência resultante da atuação de um grupo de estudantes de enfermagem em um projeto de extensão, interinstitucional, nomeado "A Enfermagem na construção de um espaço solidário em um hospital". Esta atividade é desenvolvida em um hospital de médio porte do noroeste do estado Rio Grande do Sul. As atividades são periódicas, desenvolvidas em dois turnos semanais, incluem trabalhos manuais em tecido, papéis, linhas, lãs e outros artefatos, pinturas, desenhos, trançados, dentre outras. As respectivas atividades são utilizadas como dispositivos para instigar a partilha de experiências, estimular a fala, proporcionar aos participantes uma interação positiva, em um ambiente terapêutico, de forma que o usuário se sinta à vontade e seguro para se expressar manifestar o que sente, e desse modo, amenizar seu sofrimento. **Resultados:** Da atuação junto a inúmeros indivíduos em sofrimento psíquico e, mais especificamente, usuários de substâncias psicoativas, com ênfase no crack, o fato de vivenciar de perto o sofrimento dos familiares desses sujeitos, foram aspectos que nos sensibilizaram e nos instigaram a construir esse relato. A síntese dessa construção resultou em uma categoria analítica: A enfermagem no cuidado a usuários de crack no âmbito hospitalar, descrita e discutida sequencialmente. Inicialmente, nos encontros semanais na referida instituição hospitalar, nos chamou atenção o número crescente de pessoas de diferentes faixas etárias e classes sociais, internadas para desintoxicação devido ao uso de crack, inclusive, crianças, adolescentes e gestantes. Nesse contexto, um estudo que caracterizou adolescentes hospitalizados para desintoxicação no Oeste do Paraná, mostrou predomínio de pessoas do sexo masculino (79%), que o *crack* (87,6%) foi a droga de maior consumo, seguida de maconha (85,2%) e que 79% dos adolescentes afirmaram que usam estas drogas de forma concomitante[3]. O crack, apesar de não figurar nos dados estatísticos brasileiros entre as drogas ilícitas mais consumidas, em torno de 0,7% da população já fez uso da mesma, e devido aos riscos associados ao uso compulsivo, merece atenção de pesquisadores, trabalhadores da saúde e gestores de serviços de saúde[1]. Ainda, é frequente o envolvimento de usuários de crack em atividades violentas e ilícitas, tais como roubos, assaltos, tráfico e atividades sexuais de risco para obtenção de dinheiro ou droga1. Ao associar essas afirmações dos autores à nossa vivência, evidencia-se que esses fatos ocorrem, ou seja, os usuários admitem que se prostituem, roubam, vendem seus pertences e os da família, dentre outros, para obtenção da droga. Nas atividades socioterápicas realizadas pelo grupo, os usuários se reportam à complexidade da relação que se estabelece entre eles e crack. O processo é rápido e inicia com a curiosidade. A maioria se reporta a problemas familiares como um desencadeador importante do uso do crack, aliado ao uso de tabaco, álcool, violência familiar e falta de objetivos de vida. Dentre

os fatores que levam ao consumo de drogas, citam-se o custo acessível e fácil acesso, abandono escolar, uso de drogas por familiares e falta de motivação para o tratamento[3]. Ainda, o acesso a esta droga pelos usuários relaciona-se com o baixo custo e uma pequena quantidade pode proporcionar sensações semelhante à outras drogas de custo mais elevado[4]. Evidencia-se, na nossa atuação, que os usuários de crack, em desintoxicação, reconhecem os danos que a respectiva substância causa ao organismo, inclusive mencionam o desejo de parar, mas, concomitantemente, apresentam fissura aliada ao medo de retornar ao meio em que vivem, principalmente pelo fato de terem consciência de não conseguirem resistir à oferta da droga e isso ocorre principalmente à noite. Nesse sentido, é importante que os serviços especializados no cuidado de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas ofereçam espaço de acolhimento aos familiares dos usuários, para que eles se sintam mobilizados para ajudar o ente querido[5]. Os familiares que participam efetivamente da vida do usuário vivenciam várias situações que envolvem desde o processo de dependência, o tratamento, a abstinência, até a recuperação. Essa vivência desencadeia neles inúmeros sentimentos, que vão desde impotência, culpa, alegria, até violência física e psíquica, os quais se constituem em eventos estressores potenciais e que podem colocar em risco a saúde desses indivíduos. Usuários de crack e familiares mencionam que nessa atividade de extensão lhes é oportunizado espaço para a expressão de seus anseios, medos, raiva, esperança, o que identificam como fundamental no processo de recuperação, em consonância com aspectos preconizados no cuidado da enfermagem. Essas atividades mostram que é importante para os estudantes identificarem as necessidades e possibilidade de intervenção para o cuidado em saúde, o que vai ao encontro do propiciado por este projeto de extensão. Considera-se que para atuar no cuidado de usuários de crack e familiares, é necessário gostar do que se faz e, a enfermagem também precisa ter compromisso com a prevenção ao uso de substâncias psicoativas, como o tabagismo e outras, como no caso, o crack. Deste modo, no ambiente hospitalar há necessidade de realização de atividades que acolham o usuário, que facilitem sua interação e problematizem o uso desta substância, no que se refere aos danos que provoca no organismo, na subjetividade, bem como o sofrimento dos familiares. Em síntese, pensa-se para cuidar em enfermagem, mais especificamente, no que tange a usuário de crack, torna-se necessário conhecer o sujeito a ser cuidado e seus familiares, indo ao encontro da prática de uma escuta qualificada, com conhecimento, habilidade e sensibilidade na atenção e promoção da saúde, para que se possa, dessa forma, contribuir para que esses indivíduos, usuários e famílias se sintam fortalecidos para o enfrentamento da dependência. **Conclusões:** A participação enquanto estudantes em um projeto de extensão como esse, nos oportuniza conhecer essas pessoas em sofrimento psíquico, e de interagir com elas, com os seus familiares, aspectos esses avaliados como positivos e impulsionadores e se pode afirmar que contribui no processo de formação em Enfermagem. A enfermagem no cuidado a esse expressivo contingente populacional é desafiada, o que requer formação adequada, habilidades, conhecimentos, e acima de tudo, gostar de estar com essas pessoas e

de cuidá-las. Considera-se que saber escutar, ou seja, fazer uma escuta terapêutica, é uma habilidade, que pode e deve ser desenvolvida no cuidado a esses indivíduos e famílias, para que se sintam confiantes, cientes de que não serão julgadas e com liberdade de relatar suas experiências.

**Área temática:** Processo de Cuidado.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Estudantes de enfermagem; Crack.

**Referências**

1 RIBEIRO, Luciana Abeid; SANCHEZ, Zila M.; NAPPO, Solange Aparecida. Estratégias desenvolvidas por usuários de *crack* para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. Bras Psiquiatr. [Internet] 2010;59(3):210-218. [acesso 2013 jun. 21] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a07v59n3.pdf

2 ARAUJO,Renata Brasil; PANSARD, Marcelo; BOEIRA, Betina Uhry; ROCHA, Neusa Sica. As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. *Rev HCPA* [acesso 2013 jun. 21] *2010;30(1):36-42* Disponível em: http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/11572/7509

3 MOMBELLI, Mônica Augusta; MARCON, Sônia Silva; COSTA, Jaquilene Barreto. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. Rev. bras. enferm. [ Internet] Brasília, v. 63, n. 5, out. 2010 . [acesso 2013 jun. 28] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500007&lng=pt&nrm=iso

4 MAGALHÃES, Dime Everton Feijó; SILVA, Mara Regina Santos da. Cuidados requeridos por usuarios de *crack* internados em uma instituica o hospitalar. **REME** – Rev. Min. Enferm.[Internet] ;14(3): 408-415, jul./set., 2010. [acesso 2013 jun 28] Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4d3079563e899.pdf

5 FONTANA, Itiana Vianna; STUMM, Eniva Miladi Fernandes; KIRCHNERS, Rosane Maria; GOMES, Joseila Sonego; UBESSIS,, Liamara Denise. Estresse e coping em familiares de dependentes de substâncias psicoativas. **Rev enferm UFPE on line**.[Internet] 2011 maio. [acesso 2013 jul. 20] Disponível em: http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/viewArticle/11572

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CRUZ, Cibele Thomé da1
FRÖHLICH, Mariana2
BENETTI, Eliane Raquel Rieth3
GOMES, Joseila Sonego4
STUMM, Eniva Miladi Fernandes5

1 Enfermeira graduada pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: cibelethome@bol.com.br
2 Enfermeira graduada pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.
3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Especialista em Urgência, Emergência e Trauma e em Nefrologia Interdisciplinar. Hospital Unimed Noroeste/RS. Docente hora/aula do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.
4 Enfermeira, Especialista em enfermagem em oncologia pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Associação Hospital Moinhos de Vento (POA/RS), Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.
5 Enfermeira, Mestre em Administração, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

**Introdução:** Durante a formação acadêmica, no Curso de Enfermagem, nos foi oportunizado atuar em um centro cirúrgico de um hospital geral, no acompanhamento de cirurgias de pequeno, médio e grande porte. Nesse período, despertou-nos o interesse pela cirurgia cardíaca, sendo possível aplicar o Processo de Enfermagem (PE) a dois pacientes, um submetido a Fechamento de Comunicação Interatrial e outro a Revascularização do Miocárdio (RM). Nesse contexto, os pacientes foram acompanhados no pré, trans e pós-operatório, fases nas quais a assistência de enfermagem qualificada e a atuação do enfermeiro são imprescindíveis. Inicialmente, foi realizado um estudo teórico sobre os procedimentos cirúrgicos a que ao pacientes seriam submetidos. O não fechamento da comunicação interatrial (CIA) é uma malformação congênita que representa 5 a 10% dos defeitos cardíacos congênitos[1]. No que se refere à RM, este procedimento possibilita o alívio dos sintomas da insuficiência coronariana, proporcionando melhoria na qualidade de vida[2]. Diante do aumento das doenças cardiovasculares, percebeu-se a necessidade de desenvolver estratégias para aumentar a prática do autocuidado, que visem o controle dos fatores de risco e minimizem as complicações cardiovasculares no pós-operatório[3]. Entre as

estratégias que podem ser desenvolvidas, destaca-se a consulta de enfermagem, que se constitui em uma estratégia eficaz para a detecção precoce de problemas de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, dirigidas ao bem-estar dos pacientes. Assim, considera-se que a atuação do enfermeiro e a utilização do PE na assistência ao paciente submetido à cirurgia cardíaca pode contribuir para diminuir os riscos de infecções, instrumentalizar paciente e familiar a cerca do procedimento cirúrgico, além de proporcionar maior conforto e segurança. **Objetivos:** Descrever e refletir a cerca da assistência de enfermagem prestada a pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Metodologia**: Trata-se de um relato de experiência a partir do acompanhamento de dois pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, com a aplicação do PE na Unidade Clínica, no Centro Cirúrgico (CC) e na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UTIC) em um hospital geral do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. **Resultados:** A assistência de enfermagem a pacientes no perioperatório de uma cirurgia de grande porte exige da equipe conhecimentos, habilidades e atitudes. Assim, para fundamentar esse cuidado o PE é um método científico que proporciona ao enfermeiro, equipe, paciente e familiares segurança e qualidade nas ações. No que se refere ao pré-operatório foi realizado o histórico dos pacientes, com anamnese e exame físico, levantamento de problemas e definição dos diagnósticos de enfermagem prioritários e planejamento das intervenções, que incluíram: orientar paciente a permanecer em NPO após as 22 horas; orientar a retirada de anéis, correntes, prótese dentária; realizar higiene corporal com clorexidine 2% na noite anterior a cirurgia e pela manhã, uma hora antes de ser encaminhado ao CC; retirar roupas e vestir camisola hospitalar e, prestar apoio emocional a pacientes e familiares. Ainda, neste momento os pacientes foram informados que seriam acompanhados pelas acadêmicas no trans e pós-operatório. Quanto ao transoperatório os pacientes foram admitidos no CC pelas acadêmicas e acompanhados em sala cirúrgica (monitorização, sedação e anestesia, procedimento cirúrgico, circulação extracorpórea no caso da RM). Para esta fase foram planejadas intervenções que visem prevenção de infecções, monitorização dos pacientes, controle hídrico, controle de drenagens e sangramento. Os familiares que aguardavam em sala de espera foram informados do inicio e término da cirurgia, a fim de tranquilizá-los, pois se entende que eles são uma extensão do cuidado a ser prestado. No pós-operatório imediato os pacientes foram encaminhados a UTIC. No pós-operatório foram realizados cuidados de enfermagem, dentre eles os específicos de paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca: verificação de Pressão Arterial Média (PAM) zerando a cada hora; controle rigoroso das drenagens; curativo de incisão cirúrgica de médio porte e incisão de dreno de mediastino; controle rigoroso do balanço hídrico; ordenha manual do dreno com vistas a evitar obstrução. Neste sentido, considera-se que a cirurgia cardíaca exige técnicas e cuidados especiais, fundamentais para se ter bons resultados, e que aprimorar conhecimentos visa a melhor compreensão de questões que envolvem o paciente, a fim de proporcionar um atendimento específico pós-alta hospitalar, de acordo com as necessidades e realidades individuais[4]. Sabe-se que o retorno precoce dos pacientes para casa é

importante na recuperação emocional deles e também reduz custos hospitalares. Mas para isso, o paciente deve ser incluído no seu processo de cuidado, deve saber informações a cerca da sua recuperação e que esta mais propenso a adquirir infecções e outras doenças, pela ausência de um cuidar apropriado, por isso é preciso instrumentalizá-lo sobre seu estado de saúde e os cuidados necessários, bem como hábitos diários que devem ser reforçados. Nesse sentido, no que tange a qualidade de vida do paciente cardíaco, estudo que buscou identificar as principais necessidades vivenciadas pelos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca relacionando-as à assistência de enfermagem mostrou que pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva sentem nervosismo e ansiedade por estarem longe da família e, é nesse momento, que a enfermagem na sua assistência é importante, no sentido de ajudar os pacientes nas suas necessidades[5]. Nesses ambientes de cuidados intensivos, de maior complexidade tecnológica e de cuidados é necessário cuidar de forma humanizada, intensa. E, o enfermeiro, apoiado por sua equipe, deve demonstrar conhecimento, acessibilidade, segurança e interesse. Nesse interim, o PE, é considerado uma metodologia sistematizada e organizada de desenvolver o cuidado e, a adoção de um método para a assistência de enfermagem, baseada no PE, contribuirá para um cuidado singular, pois possibilita coordenar a equipe nos cuidados adequados e no atendimento das necessidades do paciente. **Conclusão:** conclui-se que todas as etapas do PE são importantes e que os acadêmicos devem ser instrumentalizados sobre essa metodologia de trabalho, bem como instigados ao raciocínio clínico. A assistência de enfermagem deve ser instituída de acordo com as necessidades dos pacientes, e podem variar de acordo com a fase do perioperatório e, em sua maioria visam à manutenção do equilíbrio hemodinâmico do paciente e das suas funções vitais. Além dos aspectos físicos, há destaque para as necessidades psicoemocionais que podem ser evidenciadas e influenciar negativamente na recuperação do paciente, o que requer intervenção. Cabe aos enfermeiros promover o atendimento das necessidades humanas e básicas dos pacientes e trabalhar na perspectiva da interdisciplinaridade. Assim, diante da importância do tema, em decorrência da representatividade epidemiológica das doenças cardíacas que demandam cirurgia, esta metodologia de trabalho pode qualificar a assistência de enfermagem de forma humanizada e individualizada.

**Área Temática:** Processos de Cuidado.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Cirurgia Torácica; Assistência Perioperatória.

**Referências:**

1. CARDOSO, Cristiano Oliveira; FILHO, Raul Ivo Rossi; MACHADO, Paulo Renato; FRANÇOIS, Lisia M. Galant; HOROWITZ, Estela S. K; LEITE, Rogério Sarmento. Efetividade da Prótese de Amplatzer para Fechamento Percutâneo do Defeito do Septo

Interatrial Tipo Ostium Secundum.Arq Bras Cardiol [Internet] 2007; 88(4) : 384-389. [ acesso 2013 mar. 27] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000400003&script=sci_arttext

2. VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida; COSTA, Maria Cristina Silva; Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. Rev Saúde Pública [Internet] 2008;42(4):750-6. [acesso 2013 abr. 20] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/2008nahead/6458.pdf

3. LIMA, Francisca Elisângela Teixeira; ARAÚJO, Thelma Leite de; SERAFIM, Edilma Casimiro Gomes; CUSTÓDIO, Ires Lopes. Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão**.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 18(3):[08 telas] mai-jun 2010[ acesso 2013 abr. 20] Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae

4. PEREIRA, Milca Severino; SOUZA, Adenícia Custódia Silva e; TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga; PRADO, Marinésia Aparecida do. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet] 2005 Abr-Jun; 14(2):250-7 [acesso 2013 abr. 21] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200013

5. PARCIANELLO, Márcio Kist; FONSECA, Graziele Gorete Portella da; ZAMBERLAN, Cláudia. Necessidades vivenciadas pelos pacientes pós-cirurgia cardíaca: percepções da enfermagem. R. Enferm. Cent. O. Min. [Internet] 2011 jul/set; 1(3):305-312 [acesso 2013 jun. 27] Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/89/192

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ACIDENTES COM TATURANAS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUL DO BRASIL

# CATERPILLAR ACCIDENTS TREATED IN AN URGENCY AND EMERGENCY SERVICE SOUTHERN BRAZIL

# ACCIDENTESCON ORUGAS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIA Y EMERGENCIA DEL SUR DE BRASIL

STURBELLE, Isabel Cristina Saboia1
BARTEL, Tainã Eslabão2
MARTINS, Caroline Lemos3
BRAZ, Dione Lima4
ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena5

1Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (FEn/UFPel). Membro do Grupo de Extensão e Pesquisa em Queimaduras (GEPQ). Contato: saboia.isabel@gmail.com;
2Acadêmico de Enfermagem da FEn/UFPel. Bolsista Membro do GEPQ;
3Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da FEn/UFPel;
4Enfermeira Mestranda do Programa de Pós Graduação da FEn/UFPel Membro do GEPQ;
5Enfermeira Doutora Docente da Faculdade de Enfermagem da FEn/UFPel. Coordenadora GEPQ.

**Introdução**: Lagartas ou taturanas conhecidas como oruga, ruga, lagarta-de-fogo, mandorovás, marandovás ou bicho cabeludo são larvas de um grupo de insetos conhecidos como *Lepidópteros* e são comuns em toda extensão nacional do Brasil[1]. Acidentes causados por estes insetos são considerados um problema de importância médica, uma vez que, estas, ocasionam queimadura biológica, pois o contato com as lagartas causam queimaduras e dor intensa e aguda, sendo assim necessitam de avaliação detalhada dos casos. Tais acidentes ocorrem através do contato e da compressão de lagartas que encontram-se em vegetais e a partir destes ocorre a penetração das cerdas do inseto na pele da vítima, ocasionando assim a inoculação de toxinas que podem levar a alterações locais nos casos mais leves ou ainda alterações sistêmicas no caso de contato com o gênero *Lonomia*, devido a possibilidade desta espécie ocasionar evolução para um quadro hemorrágico[1,2]. Sintomas como a dor são imediatos e intensos, ocasionando uma sensação de queimação que pode ser restrita ao local de contato ou se estende para outras partes do corpo. A parte do corpo atingida fica hiperemiada e edemaciada e raramente ocorre presença de bolhas[2].Os incidentes com taturanas podem ocorrer em diversos cenários, sendo estes profissionais como na colheita de frutos ou estudos de campo, ou ainda em atividades de lazer, como ecoturismo[1], vale

ressaltar que acidentes com lagartas ainda podem ocorrer em ambiente doméstico ou em via pública. Os casos de acidentes com animais peçonhentos devem ser notificados de acordo com a importância de envenenamento por *Lonomia*, que adquiriu magnitude significativa nos últimos anos. Porém, dados disponíveis não demonstram a real incidência desses casos, pois no ano de 2008 houve 592 acidentes por *Lonomia* sendo que por outras lagartas este índice foi de 2.210 casos. Os estados do Paraná, Minas Gerais, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul apresentaram-se como os maiores responsáveis pelos índices[1]. Estudos demonstram que nos meses mais quentes do ano, como de novembro a maio, principalmente no verão, ocorreram os maiores registros de acidentes por lagartas[1,3]. De 2009 a 2012, no Brasil, acidentes envolvendo lagartas acometeram 15.115 indivíduos, e no Rio Grande do Sul 1.518 casos de acidente no mesmo período e, no município de Pelotas, nos anos de 2007 a 2009 registraram-se 142 casos destes acidentes[3,4]. **Objetivo:** Descrever e analisar os atendimentos por acidentes com Taturanas realizados no Pronto Socorro Municipal de Pelotas. **Metodologia:** Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, do tipo retrospectivo e descritivo. O estudo foi desenvolvido a partir de registros do Pronto Socorro Municipal de Pelotas. Foram consultadas as fichas de atendimentos do período de fevereiro de 2010 a janeiro de 2011, correspondendo a um total de 93.545 fichas. Destas, 0,46% (n=436) foram identificadas como atendimentos por queimaduras, sendo 23,4% (n=102) das ocorrências por contato com lagartas. Ainda, foram analisadas todas as fichas do ano de 2011, o que correspondeu a uma amostra de 85.270 fichas de atendimento e destas 529 estavam identificados como atendimentos por queimaduras, sendo 26,4% (n=140) por lagartas. A coleta de dados ocorreu nos meses de maio de 2011, para os casos do ano de 2010, e de novembro de 2012 a março de 2013 para avaliação dos incidentes de 2011. Para a coleta utilizou-se um instrumento previamente construído e contou-se com a participação dos integrantes discentes do Grupo de Extensão e Pesquisa em Queimaduras (GEPQ) da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Após esta etapa, os dados foram organizados e digitados no Programa *Excel*-2007 da *Microsoft Windows* e posteriormente submetidos à análise dos dados, no programa "*Statistical Package for the Social Sciences*" - SPSS, versão 18.0. Este estudo contempla parte dos dados do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "Atendimentos por acidentes com queimaduras no Pronto Socorro de Pelotas" e do projeto de pesquisa "Atendimento e Encaminhamento para o Tratamento de Queimaduras no Pronto Socorro de Pelotas". Destaca-se que ambos os estudos receberam aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas sob protocolos nº 008/2011 e nº 033/2012. **Resultados e Discussão:** Foram analisadas 107.324 fichas de atendimentos do Pronto Socorro de Pelotas, destas foram encontrados 242 casos de queimaduras por lagartas. Da amostra total de casos por taturanas, 49,2% (n=119) dos casos eram do gênero masculino e 50,8% (n=123) acometeram o sexo feminino. Um estudo que avaliou a incidência de acidentes por animais peçonhentos, nos anos 2007, 2008 e 2009, na 3ª Coordenadoria Regional de Saúde a qual o município de Pelotas pertence encontrou um

maior índice no sexo masculino, que representaram 60,2% (n=642) dos casos e as mulheres apresentaram 39,8% (n=425)[3]. O mesmo estudo evidenciou que de um total de 1067 acidentes com animais peçonhentos em três anos estudados, 12% ocorreram por lagartas, 83% por outras espécies de animais e 5% não tiveram a variável demonstrada. Dos incidentes com lagartas, seis foram com lagarta do tipo *Lonomia* e 70 com outros gêneros, os demais casos não obtiveram registros[3]. A média de idade dos indivíduos que sofreram queimadura por lagartas foi de 30,39 anos, sendo a mediana de 25 anos e o desvio padrão de 22,98 anos. Cabe destacar que a idade mínima encontrada foi de zero anos e a máxima de 85 anos. O grupo etário pediátrico é o mais acometido por acidentes com taturanas[1], nesta análise, vale ressaltar que 25% da amostra correspondiam a faixa etária com menos de 10 anos. Um estudo realizado em 22 municípios da região sul do Rio Grande do Sul, avaliou os acidentes por animais peçonhentos incidentes na região, a análise demonstrou que a faixa etária de 20 à 49 anos foi a mais acometida, perfazendo um total de 539 casos, seguido da faixa de zero a 19 anos que totalizou 266 acidentes, já o grupo etário de 50 à 80 anos ou mais expressaram 261 incidentes, nos três anos avaliados[3]. Este estudo demonstrou que adultos jovens são os mais acometidos, seguidos de crianças até 10 anos. A estação do ano em que mais ocorreram acidentes por lagartas foi no verão com 86,5% (n=221) dos casos seguido do outono com 7,3% (n=17), primavera com 5,7% (n=14) e inverno com 0,4% (n=13). Os dados reforçam os já existentes na literatura os quais destacam que o fator climático está diretamente relacionado com a ocorrência de acidentes com lagartas. O verão ou os meses com temperaturas elevadas são o período de maior ocorrência de acidentes com taturanas, o que pode estar relacionado com o fato de existir maior exposição da pele, devido ao uso de roupas mais leves e também por ser a época de maior reprodução deste animal[1,3]. **Conclusão:** Foi possível observar que os homens são os mais acometidos por acidentes com animais peçonhentos, sendo a faixa etária de adultos jovens e de crianças do sexo masculino as mais relevantes. Os maiores índices desta injúria são encontrados na estação mais quente do ano, o verão, sendo que os meses de novembro, abril e maio também apareceram de forma significativa em outro estudo mencionado[1]. Destaca-se que a partir destes dados identifica-se a necessidade de ações de prevenção de acidentes por taturanas atentando para a faixa etária com maior incidência e ainda os meses que demonstram maiores acidentes com estes animais. A importância das notificações em casos de intoxicação pela lagarta *Lonomia* ou ainda em casos de dúvida, também devem ser orientados a população e os profissionais de saúde. Sendo assim, incentivos para que estudos sobre este tema estejam mais presentes em universidades ou entre os pesquisadores desta área, se fazem necessários.

**Área Temática:** Processo de Cuidado

**Descritores:** Lepidópteros; Hospitais de Emergência; Epidemiologia

**Descriptors**: Lepdoptera; Hospitals Packaged; Epidemiology

**Descriptores:** Lepidópteros; Hospitales de Urgencia; Epidemiología

**REFERÊNCIAS**

1 Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica**.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

2 Canter HM, Santos MF, Moraes RHP, Kelen EMA, Cardoso JLC, Paula MA, Perez Junior JA. Taturanas**.** Artigo em Hypertexto, 2008. Disponível em: <http://www.infobibos.com/Artigos/2008_3/Taturanas/index.htm>. Acesso em: 27.07.2013.

3 Gomes LB. Acidentes com Animais Peçonhentos no Extremo Sul do Rio Grande do Sul, Brasil [monografia]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2010.

4 Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/animaisp/bases/animaisbrnet.def > Acesso em 27.07.2013.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NOROESTE DO RIO GRANDE DO SUL – NOTA PRÉVIA

# PREVALENCE VASCULOGENIC ULCERS IN A CITY OF THE NORTHWEST REGION OF RIO GRANDE DO SUL – FOREWORD

# PREVALENCIA VASCULOGÉNICOS ÚLCERAS EN UNA CIUDAD DE LA REGIÓN NOROESTE DE RIO GRANDE DO SUL – PRÓLOGO

ARAUJO, Graciela Machado de1
MACHADO, Bruna Bender Companhoni2
PELLENZ, Neida Luiza 3

1 Acadêmica do 3º Semestre de Enfermagem / Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Educação Superior Norte RS (CESNORS) Bolsista PET –Saúde – *E-mail: gra_m_a@hotmail.com*.
2 Acadêmica do 3º Semestre de Enfermagem / Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Educação Superior Norte RS (CESNORS). Bolsista PIBIC-CNPQ
3Docente do Departamento de Ciências da Saúde/ Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Educação Superior Norte RS (CESNORS).

**Introdução:** As úlceras vasculogênicas afetam grande parcela da população, e representam um importante problema de saúde pública, além de gerarem aumento nos índices de morbidade e mortalidade devido ao grau incapacitante, à infecções secundárias que levam a hospitalização e a ocorrência de amputações . Também chamadas de úlceras venosas ou de perna, são definidas como uma lesão caracterizada pela supressão limitada ou irregular das camadas da pele, podendo ser também mais profunda e afetar o tecido cutâneo e os tecidos subjacentes[1]. Acometem geralmente o sexo feminino na faixa etária dos 40 anos e indivíduos mais idosos entre 65 e 74 anos, sendo nessa faixa etária identificada também no sexo masculino. Estão relacionadas com a insuficiência venosa crônica que leva a hipertensão venosa prolongada, desenvolvendo-se quando a pressão venosa está ligeiramente aumentada e o retorno sanguíneo está diminuído. As causas podem ser definidas como problemas relacionados às válvulas venosas, bem como obstrução venosa[2]. A incapacidade física ou imobilidade pode acometer indivíduos em qualquer idade, e pode ser resultado de um trauma, acidente vascular encefálico ou evolução de uma doença crônica. Está relacionada com paralisia, perda da força muscular, doença sistêmica, ou limites prescritos para promover a cura e pode ocasionar o surgimento de estase venosa, que é também uma das causas de úlcera de perna[3]. Outros fatores predisponentes para o surgimento das úlceras de perna são diabetes mellitus, dislipidemia, idade avançada,

cirurgias, gravidez, hipertensão arterial sistêmica, uso de medicamentos, doenças cardiovasculares, tabagismo e álcool. As úlceras vasculogênicas representam um transtorno grave e de amplitude mundial. Em torno de 75% das úlceras vasculogênicas decorrem da insuficiência venosa crônica, 20% da insuficiência arterial e os 5% restantes são originadas por outros fatores, e afetam a qualidade de vida, causando restrições sociais, afastamento das atividades profissionais e dificuldade de realização das atividades diárias[1]. Além disso, estudos indicam que o índice de indivíduos que apresentam úlceras vasculogênicas tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, o que gera um interesse em caracterizar os fatores que vem causando as mesmas, visto que existem possibilidades para evitar que os indivíduos venham a desenvolver tais lesões[4]. Com base nesta afirmativa, cabe ressaltar que é de cunho do profissional de saúde fazer a avaliação e acompanhamento do paciente, orientando sobre a mudança nos hábitos de vida, sobre a importância do comprometimento do paciente com o tratamento, sobre a realização de repouso com a elevação dos membros para proporcionar o retorno sanguíneo e sobre os cuidados com a pele. A prevenção das úlceras vasculogênicas é tarefa contínua dos responsáveis cuidadores, mas, se por descontinuidade das ações de prevenção a lesão sofrer piora do quadro, cabe a equipe de assistência saber como proceder, o que requer curativos diários e terapias específicas, a fim de proporcionar o bem-estar do paciente, reduzindo a dor e o sofrimento[5]. Os pacientes acometidos por insuficiência venosa crônica, quase sempre irão apresentar mudanças físicas como varizes próximas as lesões, juntamente com edema, eczema, hiperpigmentação, erisipela e lipodermatosclerose que resultaram no surgimento das úlceras vasculogênicas. Este tipo de lesão quando de origem venosa, surge comumente nas extremidades, em torno dos maléolos. As lesões apresentam bordas irregulares e escavadas e podem evoluir para necrose dos tecidos, quando houver a presença de infecção. **Objetivo:** O objetivo da presente pesquisa consiste em conhecer a prevalência de úlceras vasculogênicas nas áreas de Estratégia de Saúde da Família de um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, bem como traçar o perfil dos portadores deste tipo de lesão. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva com abordagem quantitativa. Tem por objetivo mensurar variáveis e avaliar a incidência das úlceras por pressão, assim como os fatores predisponentes e o grau dessas lesões. Esta pesquisa será desenvolvida em um município da região noroeste do Rio Grande do Sul e contará como objeto de estudo indivíduos residentes em área com cobertura de Estratégia de Saúde da Família e que apresentarem lesões do tipo úlcera vasculogênica. A coleta de dados se dará a partir de um formulário criado previamente pelos autores, contendo variáveis que abordarão aspectos relevantes para este tipo de pesquisa, entre elas dados socioeconômicos relativos ao paciente e características das lesões. Vale ressaltar que o estudo, a priori, não oferece nenhum risco ou remuneração financeira aos participantes e que serão respeitados todos os preceitos éticos no que tange a pesquisa que envolve seres humanos, conforme prevê a resolução 196/96 do Ministério da Saúde. O projeto encontra-se em fase de aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, estando previsto para

a etapa de coleta de dados o período entre julho e agosto de 2013. A análise dos resultados será realizada por meio de estatística descritiva. **Resultados**: o que se espera com este trabalho é poder traçar o perfil dos pacientes portadores de úlcera de perna, bem como identificar o grau dessas lesões, e com isso criar ferramentas que permitam a elaboração de novas estratégias de assistência á esses pacientes.

**Área temática:** Processo de Cuidado

**Descritores:** Úlcera varicosa, úlcera venosa, enfermagem.

**Descriptors:** Varicose ulcer, Venous Ulcer, Nursing.

**Descriptores:** Úlceras varicosas, Úlceras venosas, Enfermería

**REFERÊNCIAS**

1Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB, Costa MM, Silva CRL. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3ª Ed. São Paulo: Yendis; 2011.

2 Costa IKF, Nóbrega WG, Torres GV, Lira ALBC, Tourinho FSV, Enders BC. Pessoas com Úlceras Venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):561-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/18.pdf

3 Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem Médico-Cirúrgico. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

4Dealey C. Cuidando de Feridas: Um guia para as Enfermeiras. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu; 2001.

5Filho WJ, Gorzoni ML. Geriatria e Gerontologia – o que todos devem saber. 1ª Ed. São Paulo: Roca; 2008 Cap 9. Pag. 243.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# INTERVENÇÕES DE SAÚDE COM FAMÍLIAS QUE VIVENCIAM O CÂNCER: TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO NACIONAL

ROSA, Bruna Vanessa Costa da1
GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira2
MISTURA, Claudelí3
STAMM, Bruna4
ROSA, Natanna da5
KARKOW, Michele Carvalho6

1 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Endereço: Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Ciências da Saúde - Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Avenida Roraima, 1000 – Prédio 26, Sala 1302 - Cidade Universitária – Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria/RS. Brasil. Telefone (55) 91786467. E-mail: bruninha_vcr@hotmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Adjunto do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: nara.girardon@gmail.com
3 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Endereço: Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Ciências da Saúde - Programa de Pós Graduação em Enfermagem.
4 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Endereço: Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Ciências da Saúde - Programa de Pós Graduação em Enfermagem.
5 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrantes do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Bolsistas de Iniciação Científica FIPE/UFSM.
6 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrantes do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Bolsistas de Iniciação Científica PROIC/HUSM/UFSM

**INTRODUÇÃO:** O câncer caracteriza-se como uma doença crônica degenerativa e ocupa o segundo lugar dentre as principais causas de morte por doença, ficando atrás apenas das doenças cardíacas. Entende-se doença crônica como uma enfermidade que tem como característica ser de longo curso, podendo ser incurável e, na maioria das vezes, causando sequelas e limitações funcionais, demandando adaptações individuais e familiares. O câncer, pelas suas características, é considerado uma doença crônica e um dos maiores causadores de mortalidade e morbidade em nível mundial, constituindo-se em um grave problema de saúde pública.[1] É importante destacar que o câncer pode causar danos para famílias inteiras. Diante disso, considera-se importante para o cuidado em saúde assistir o indivíduo de forma completa, ou seja, levando em conta o seu contexto mais próximo, que é a família à qual ele pertence.[2] Família pode ser definida como "um grupo de indivíduos ligados por fortes vínculos emocionais, com o sentido de posse e a inclinação a participar

das vidas uns dos outros".[3] Enfrentar o adoecimento de um dos membros da família causa certo impacto no grupo familiar e as estratégias utilizadas neste processo podem constituir-se em importante fonte para a compreensão do vivido e, a partir disso, efetivamente incluir a família como sujeito das ações de cuidados.[4] Desta forma, as intervenções em saúde na família por parte da enfermagem visam em alterar a "realidade" que os membros da família concebem, e ajudá-los a desenvolver novas formas de interação em família.[3] Nesse sentido, as pesquisas envolvendo famílias e doenças crônicas, em sua maioria, são de caráter descritivo, nas quais os pesquisadores não as desenvolvem, não as testam, e não propõem intervenções, através das quais poderiam, possivelmente, impactar resultados em indivíduos, famílias e comunidades. Assim, considerando que os investigadores não direcionam suas ações e pesquisas para intervenções, evidencia-se um aumento de novas pesquisas que acabam não gerando impacto na realidade.[5] A partir dos aspectos mencionados, percebe-se a importância da realização de estudos de intervenções envolvendo famílias, principalmente no que diz respeito a doenças crônicas como o câncer. Nesta abordagem, destaca-se o papel do enfermeiro como agente intervencionista nas ações de saúde. **OBJETIVO:** identificar e caracterizar as tendências das teses e dissertações da Enfermagem produzidas no Brasil acerca da temática sobre intervenções de saúde em famílias que possuem um membro com diagnóstico de câncer. **METODOLOGIA:** Esta investigação caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa e caráter descritivo, baseada nas tendências de teses e dissertações nacionais acerca das intervenções de saúde com famílias. Para obtenção das publicações, foi realizada uma busca no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no 06 de junho de 2013. Inicialmente, foram utilizadas as palavras-chave: "intervenções", "câncer", "família" e "enfermagem", optando-se pela busca por "todas as palavras". Foram encontradas, no total, seis teses/dissertações. Os critérios de inclusão foram teses e dissertações nacionais, provenientes de Programas de Pós-graduação em Enfermagem que abordassem a temática de intervenções de saúde com famílias que vivenciam o adoecimento por câncer. Como critérios de exclusão, estudos que não abordassem a temática escolhida ou que possuíssem resumo incompleto. A partir da leitura atenta dos títulos e resumos evidenciou-se que nenhuma publicação se encaixava na temática escolhida. A partir disso, optou-se por uma busca ampliada utilizando as palavras-chave: "intervenções", "família" e "enfermagem", incluindo outros cenários de saúde que não somente o câncer. No total foram encontradas 125 teses/dissertações. Inicialmente, realizou-se a leitura dos títulos e resumos das publicações. Para a composição do corpus de análise do estudo, foram selecionadas sete produções, sendo quatro dissertações e três teses, tendo em vista que as demais produções não abordavam a temática. Com o objetivo de facilitar a análise e compreensão dos dados, foi elaborado um quadro sinóptico, contendo as seguintes informações: título do estudo, referência, ano de apresentação, PPGEnf de origem, nível acadêmico, sujeitos, cenário, objetivos e resultados identificados com a leitura dos títulos e resumos que serão apresentados ao longo desse estudo.

**RESULTADOS:** Após a leitura atenta dos resumos dos estudos selecionados e organização das informações, apresenta-se os resultados obtidos a partir da caracterização e análise dos mesmos. O corpus deste estudo foi composto por sete publicações, dessas, quatro são de origem de dissertações e três de teses. Quanto ao ano de publicação observa-se que três publicações foram do ano de 2012, contemplando a maioria dos estudos. Nos anos de 2004, 2006, 2008 e 2011 verificou-se uma publicação por ano. Quanto aos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, verifica-se que a maioria dos estudos teve origem em universidades públicas, sendo a Universidade Federal do Ceará responsável por três (3) publicações sobre a temática, seguida pela Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto com dois estudos e a Universidade Federal de São Paulo e Universidade Federal da Bahia com uma publicação em cada instituição. Com isso, pode-se perceber que, a partir dos critérios utilizados para realização da busca sobre a temática, não foram encontrados estudos que abordassem o tema nos Programas de Pós-Graduação do estado do Rio Grande do Sul. No que se refere ao tipo de abordagem de pesquisa prevalente nos estudos, observou-se que a maioria foi de natureza qualitativa, totalizando cinco publicações, sendo que destas, duas utilizaram como referencial metodológico a Pesquisa-Ação e duas realizaram as intervenções através do "Group Process for Nurses". Ainda quanto a abordagem metodológica, um dos estudos possuía natureza quantitativa e caráter experimental, seguido por um estudo quali quantitativo. Quanto aos sujeitos envolvidos nas intervenções encontradas nos estudos constatou-se que dois deles foram realizados com casais no período gravídico-puerperal, seguido por familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), familiares e pacientes com Trauma cranioencefálico (TCE), familiares de crianças com deficiência mental, familiares de crianças/adolescentes que realizaram transplante cardíaco e trabalhadores de uma creche e familiares cuidadores. No que diz respeito ao tipo de intervenção realizada, constatou-se que as intervenções em saúde eram, em sua maioria, de caráter educativo. As ações educativas visavam, principalmente, promover a educação em saúde por meio de informações, esclarecimentos e orientações como forma de suprir as necessidades identificadas no contexto familiar. É importante destacar ainda, que outro tipo de intervenção desenvolvida com famílias objetivavam o apoio, o aconselhamento e o desenvolvimento de estratégias emocionais e de enfrentamento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Através da análise e identificação das publicações sobre a temática, foi possível identificar que as intervenções realizadas com famílias em diferentes contextos de saúde, em sua maioria, são de caráter educativo. Destaca-se assim, a importância da educação em saúde voltada a obtenção de informações, esclarecimentos e orientações às famílias, como forma de potencializar o cuidado de enfermagem. Tendo em vista o objetivo deste estudo que foi identificar e caracterizar as tendências das teses e dissertações da Enfermagem produzidas no Brasil acerca da temática sobre intervenções de saúde em famílias que possuem um membro com diagnóstico de câncer, salienta-se que a busca realizada não contemplou produções científicas sobre o tema proposto. Assim, enfatiza-se a necessidade da Enfermagem realizar estudos de

intervenções de forma a favorecer as famílias que vivenciam o adoecimento por câncer, influenciando positivamente, gerando mudanças e dando subsídios para que possam enfrentar as adversidades.

**Área temática:** Processos de cuidado

**Descritores:** Enfermagem; Câncer, Família.

**REFERÊNCIAS**

1. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

2. Ferreira NML, Dupas G, Costa DB, Sanchez KOL. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. Ciência, Cuidado e Saúde, Abr/Jun; 9(2):269-277, 2010. Disponível em: eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuid Saude/article/.../8749/6076 Acesso em: 06 jul. 2013.

3. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e Famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5ª Ed. São Paulo: Roca, 2012.

4. Bervian PI, Girardon-Perlini NMO. A família convivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. Revista Brasileira de Cancerologia. 2006; 52(2):121-28 Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo1.pdf Acesso em 06 jul. 2013.

5. Melnyk BM, Morrison-Beedy D. Designing, Conducting, Analyzing and Funding Intervention Research, A Practical Guide for Success. New York, NY: Springer Publishing Company, 2012.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# QUINTO PASSO PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

# STEP FIVE FOR SUCCESS IN BREASTFEEDING: EXPERIENCE REPORT

# QUINTO PASO PARA LA EXITOSA LACTANCIA MATERNA: RELATO DE EXPERIENCIA

ALDRIGHI, Juliane Dias1
RODRIGUES, Andressa Peripolli2
PADOIN, Stela Maris de Mello3
RIBEIRO, Franciele Vilanova4

1 Enfermeira. Especilização em andamento em Gestão de Organização Pública em Saúde. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ju_aldrighi@hotmail.com
2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.
4 Acadêmica do 4º semestre de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

**Introdução:** Durante o pré-natal e parto a mulher vive intensas emoções e sofre influência de diversos fatores emocionais e fisicos. Neste período ela deve ser preparada e estimulada para amamentar seu filho e aprender a lidar com os desafios que podem ocorrer durante esse processo. Contrariamente à crença popular, colocar o bebê para mamar no peito não é uma habilidade inata da mãe, mas sim uma habilidade aprendida que se adquire pela observação e experiência.[1] Os primeiros dias após o parto definem o início e a manutenção do aleitamento materno (AM), podendo a mulher se deparar com transtornos como a queixa de baixa produção de leite, dor no mamilo e traumas mamilares, ingurgitamento mamário e até complicações como a mastite.[2] Dentre estes, destaca-se que o ingurgitamento mamário é um processo natural, decorrente da adaptação da mama em produzir o leite e promover a apojadura, o que ao longo dos dias irá garantir a produção adequada que o recém-nascido necessita. Porém, o ingurgitamento pode permanecer por um período maior, causando desconforto para puérpera, caso não seja manejado adequadamente. Neste caso, deve-se encorajar a puérpera a realizar a técnica de ordenha manual/mecânica do leite para manter a lactação e proporcionar à mulher alívio com relação ao acúmulo de leite nas mamas. A ordenha mamária é uma técnica mecânica de esvaziamento dos seios lactíferos que pode ser

feita manualmente ou com auxílio de bombas manuais ou elétricas. Esse processo está inserido nos Dez Passos para o Sucesso do AM, que compõe a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), desenvolvidos pela Unicef, Organização Mundial de Saúde e outras organizações. A IHAC surgiu *com a finalidade de* promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, onde parte do princípio de mobilizar os funcionários de hospitais e maternidades para que mudem condutas e rotinas. As ações priorizam tais cenários, pois são nestes ambientes que devem se iniciar a adoção de medidas que minimizem os fatores que favorecem o desmame precoce. Geralmente os fatores estão associados à falta de informações corretas fornecidas às mães, às práticas inadequadas adotadas em maternidades e despreparo técnico dos profissionais de saúde.[3] Os dez passos, então, vem com a finalidade de reduzir ou erradicar os fatores negativos ao AM por meio de um conjunto de práticas e condutas que mobilizem os profissionais da saúde que trabalham com puérperas a promover, proteger e apoiar o AM. No quinto passo é incentivada a orientação das mães com relação ao ato de amamentar e de como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos ou se apresentaram dificuldades, encoraja mulheres que porventura venham a não amamentar seu filho diretamente em sua mama ou que estejam apresentando algum tipo de transtorno que dificulte a amamentação.[4] Dessa forma, o objetivo deste trabalho é relatar a vivência do processo de ordenha manual para a manutenção da lactação em puérperas internadas em um alojamento conjunto (AC) do interior do Rio Grande do Sul (RS). **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência a respeito das vivências acadêmicas em estágio curricular da disciplina de Estágio Supervisionado II, referente ao oitavo semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, que ocorreu de outubro a novembro de 2012. Teve como cenário uma unidade de AC de um hospital público de ensino situado na cidade de Santa Maria/RS, que possui uma população de aproximadamente 300.000 habitantes, sendo referência para 45 municípios da região centro-oeste do RS no atendimento às intercorrências obstétricas e ginecológicas. O referido hospital ainda não faz parte da IHAC, embora os profissionais tenham atitudes que vão ao encontro das estratégias previstas pela iniciativa. Durante a inserção no AC, foi possível acompanhar o trabalho da equipe de enfermagem e desenvolver atividades de educação em saúde com as mulheres a partir da demanda exposta pelas puérperas. Foram realizados grupos de gestantes e puérperas onde surgiram temas como o corpo feminino, reprodução, parto, tipos de parto, AM, cuidados com o corpo na gestação e no puerpério, higiene, cuidados com o recém-nascido, contracepção, planejamento familiar, entre outros. Entretanto, uma das principais preocupações das mulheres era relacionada à amamentação, principalmente pelas primíparas ou pelas que haviam experienciado situações insatisfatórias em gestações anteriores. **Resultados e discussão:** No AC, a equipe de enfermagem orienta todas as puérperas a respeito da ordenha mamária, realiza o exame físico das mamas e orienta quanto à técnica correta de ordenha mamária e em que momento deve realizá-la. Também orienta a tomar outras medidas associadas à ordenha, como a livre demanda, que consiste em deixar o bebê sugar

livremente sem imposição de horários e tempo pré-determinado para a amamentação. A ordenha manual não se limita somente ao período de ingurgitamento, que pode durar até cinco dias de puerpério, mas também pode ser realizada por mães que necessitam voltar à rotina anterior ao nascimento do bebê, como por exemplo, a volta ao trabalho. Tal atitude colabora para o estabelecimento e a manutenção do AM, mesmo quando as puérperas estão separadas do filho. A ordenha possui efeito semelhante à sucção do bebê na produção de leite, quando realizada por meio da pressão manual.[5] Programas relacionados à orientação da promoção do AM, confirmam a efetividade do apoio regular e suporte às mulheres durante o processo de amamentação para a manutenção do AM exclusivo e para a redução de problemas relacionados à lactação. Autores observam a necessidade de uma aproximação do contexto cultural familiar de mulheres no período de AM posto que as dificuldades na prática da amamentação, muitas vezes, ocorrem em função da inexistência de um suporte adequado do serviço de saúde, que centram sua prática na dimensão biológica, subestimando abordagens que considerem os condicionantes psicológicos, sociais e culturais.[6] A equipe de enfermagem é quem tem o contato constante com a puérpera e o bebê, e o seu trabalho é fundamental para o sucesso do AM, se fazendo presente nos dez passos de forma direta, como é relatado nesse trabalho, ou indireta por meio de orientações. O trabalho do enfermeiro não deve se restringir apenas à mãe e ao filho e sim procurar incluir toda a família, produzindo assim um ambiente propício e acolhedor. A enfermagem também deve esclarecer eventuais dúvidas a respeito do armazenamento do leite retirado pela ordenha e seu posterior aproveitamento, pois existem diferentes maneiras de o leite que foi ordenhado ser oferecido para a criança, mesmo não sendo no momento da ordenha. Apesar destas maneiras diferenciadas, deve-se orientá-las a estimular a criança beber na colher ou no copo, sem a inserção da mamadeira, pois àquelas, em detrimento desta, ajudam a desenvolver e fortalecer a musculatura facial e mandibular da criança, além de favorecer a manutenção da amamentação no seio materno.[7]
**Conclusões:** Esta experiência contribuiu para a formação acadêmica, de forma que a técnica possa ser reproduzida de maneira correta e que as orientações fornecidas sejam realizadas, a fim de promover o AM e fortalecer os laços materno-infantis. Além de proporcionar uma visão holística do AM por meio do contato diário com as puérperas. Sabe-se que a maioria das dificuldades vividas durante a amamentação, se detectadas e tratadas precocemente, são de fácil solução, levando a mulher e seu filho a experienciarem situações satisfatórias relacionadas ao AM. Por isso, é importante que haja no AC o auxílio nas técnicas de prevenção e tratamento dos problemas que afetam a amamentação, tais como o ingurgitamento mamário, além de contribuir para que o hospital em questão se torne Amigo da Criança.

**Área temática:** Processos de cuidado

**Descritores:** Aleitamento materno; Extração de leite; Transtornos da lactação.

**Descriptors:** Breastfeeding; Breast milk expression; Lactation disorders.

**Descriptores:** Lactancia materna; Extracción de leche materna; Transtornos de la lactancia

**REFERÊNCIAS:**

1 Shimoda GT, Silva IA. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. Rev Bras Enferm. 2010; 63(1):58-65.

2 Castro KF, Souto CMRM, Rigão TVC, Garcia TR, Bustorff LACV, Braga VAB. Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade públicade João Pessoa, PB. Mundo Saúde. 2009;33(4):433-9.

3 Vasconcelos CTM, Machado MMT, Neto JAV, Bezerra RMSB, Ferreira AIM. Aleitamento materno no pré-natal e alojamento conjunto: conhecimento de puérperas em um hospital amigo da criança. Rev. Rene. Fortaleza. 2008; 9(3):44-51.

4 Iniciativa Hospital Amigo da Criança [internet]. Brasília: Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. 2010 [acesso em 5 mar 2013]; Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorioihacatualizado.pdf>

5 Ohyama M, Watabe H, Hayasaka Y. Manual expression and eletric breast pumping in the first 48 hours after delivery. Pediatrics International [internet] 2010 [acesso em 5 mar 2013]; 52(1):39-43. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19519669>

6 Sousa L, Haddad ML, Nakano AMS, Gomes FA. Terapêutica não-farmacológica para alívio do ingurgitamento mamário durante a lactação: revisão integrativa da literatura. Rev. esc. Enferm USP. 2012; 46(2): 472-479.

7 Lopez CP, Silva RG. Métodos de alimentação alternativos para recém-nascidos prematuros. Rev Paul Pediatr 2012;30(2):278-82.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS DE IDOSOS INTERNADOS EM UM SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

# CHARACTERIZATION OF FAMILIES OF ELDERLY PATIENTS ADMITTED IN A SERVICE OF HOME CARE

# CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS DE ANCIANOS ADMITIDOS EN UN SERVICIO DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA

SEIFFERT, Margot Agathe1
BEUTER, Margrid2
GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira 3
JACOBI, Caren da Silva4
BRUINSMA, Jamile Lais5
BITENCOURT, Mayara da Silva5
MISTURA, Claudelí6

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: margotenfer@gmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf – Curso de Mestrado da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf – Curso de Mestrado da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
4 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da UFSM. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
5 Acadêmicas de Enfermagem da UFSM. Bolsistas PROIC-HUSM. Membros do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
6 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**INTRODUÇÃO:** atualmente observa-se um aumento da população idosa mundial e brasileira. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apontou que, no censo demográfico de 2010 os idosos já correspondiam a 10,8% da população brasileira.[1] O envelhecimento é definido como a redução da capacidade de adaptação homeostática frente a situações de sobrecarga funcional do organismo, ocasionando maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos.[2] A maior vulnerabilidade em adquirir doenças crônicas nessa etapa da vida pode comprometer a capacidade funcional do idoso, deixando-o, muitas vezes, dependente de cuidados. Esses cuidados passam então, a ser responsabilidade das famílias. No entanto, proporcionar cuidados a idosos dependentes

requer das famílias preparo técnico e emocional, pois pode representar uma situação totalmente nova, nunca vivenciada pela família anteriormente. Diante dessas novas demandas da população, a internação domiciliar surge como uma importante modalidade de atendimento à saúde, com vistas a proporcionar um suporte às famílias quando os pacientes retornam ao domicílio. A internação domiciliar constitui um conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente, com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada. O idoso é um dos grupos prioritários de atendimento nos serviços que realizam internação no domicílio.[3] Além disso, autores reforçam que a internação domiciliar compreende a adoção de atividade continuada com tecnologia e assistência específica e mais complexa, com visitas frequentes da equipe multiprofissional de saúde e monitoramento à distância, por meio da comunicação com os cuidadores.[4] **OBJETIVO:** caracterizar as famílias de idosos internados em um serviço de internação domiciliar. **METODOLOGIA:** os dados desse estudo fazem parte da dissertação intitulada "Demandas de cuidado para a família de idoso em internação domiciliar: contribuições para a enfermagem", desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com caráter descritivo, realizada com famílias de idosos internados no Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria (SIDHUSM). O SIDHUSM presta atendimento no domicílio a pacientes que passaram por internação no hospital, portadores de enfermidades crônicas que não necessitem mais de internação hospitalar, clinicamente estáveis e sem condições de acompanhamento ambulatorial. Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram: famílias que possuíssem um idoso (60 anos ou mais) em internação domiciliar, com vinculação ao SIDHUSM e que tivessem no mínimo dois integrantes com disponibilidade de participar da entrevista. Optou-se pela não inclusão dos idosos nas entrevistas, pois a presença deles poderia inibir os demais integrantes da família de relatar tudo o que estavam vivenciando naquele momento. Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2013 por meio de entrevista, genograma e observação. Destaca-se que a coleta de dados ocorreu no domicílio das famílias. Para organizar e analisar os dados apresentados, nesse resumo foi elaborado um quadro contendo informações como sexo, idade e doença do idoso, pessoas que residem na casa com o idoso, familiares que cuidam dele, entre outras. A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria com parecer de número 182.535 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 11349012.6.0000.5346. **RESULTADOS:** fizeram parte da pesquisa seis famílias que possuíam um idoso na internação domiciliar. Dos idosos internados, dois eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Em relação à idade dos idosos, dois encontravam-se na faixa etária de 60 a 69 anos, dois na faixa de 70 a 79 anos e dois tinham idade entre 80 e 89 anos. Em três famílias os idosos moravam com seus cônjuges, em uma família, além do cônjuge moravam dois filhos, em outra o idoso morava com o filho, a nora e três netos e em uma família a idosa morava sozinha. Dois idosos eram viúvos. Salienta-se que em três

famílias um dos filhos dos idosos morava em uma casa localizada atrás do domicílio do idoso. Duas dessas famílias eram as que moravam somente o casal de idosos e uma era a que a idosa morava sozinha. Dessa forma, pode-se verificar que os filhos constituem suas famílias, porém continuam morando próximo ao domicílio dos pais. Isso facilita o cuidado, pois os filhos não precisam se deslocar muito para cuidar e estão próximos ao idoso internado caso ocorra uma emergência. No entanto, observou-se em uma família que esse fato gerava situações conflituosas, uma vez que alguns integrantes da família entendiam que o filho que morava mais próximo ao idoso tinha mais facilidade para cuidar, por isso podia dispor de mais tempo, o que acabava gerando sobrecarga desse integrante da família. A respeito do número de filhos, em quatro famílias os idosos possuíam três filhos, em uma família oito e a outra o idoso tinha seis filhos. As famílias também foram questionadas sobre quem se envolvia com os cuidados ao idoso em internação domiciliar. Desse modo, os filhos e os cônjuges dos idosos eram os integrantes da família que mais se envolviam nos cuidados. Porém, também foram encontradas famílias em que noras, genro e netos participavam do cuidado ao idoso. Em duas famílias os cuidadores principais eram os cônjuges dos idosos, em uma eram as duas filhas mais novas, em outra era a nora e duas famílias que relataram não ter um cuidador principal. Sobre o tempo em que os idosos encontravam-se na internação domiciliar, a metade estava há um mês internada, dois idosos há dois meses e um estava há três meses internado no domicílio. Dentre os motivos da internação domiciliar, dois idosos internaram devido à sequelas provocadas por Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico, dois por fratura de perna, uma por neoplasia do tipo melanoma e uma idosa precisou ser internada no domicílio devido a complicações de Insuficiência Cardíaca Congestiva. Cabe destacar que as fraturas de perna dos dois idosos ocorreram devido a uma queda e a um atropelamento. Além disso, os idosos possuíam comorbidades associadas, destacando-se a hipertensão arterial, em cinco idosos, e o diabetes mellitus em dois idosos. Em relação ao uso de dispositivos e equipamentos, destaca-se que uma idosa utilizava gastrostomia, uma fazia uso de sonda nasoentérica e uma idosa possuía gastrostomia, traqueostomia e utilizava aspirador. A respeito dos procedimentos necessários ao cuidado dos idosos, salienta-se que três famílias precisavam aplicar injeção de anticoagulante, duas aplicavam insulina, três famílias administravam dieta e medicamentos via sonda nasoentérica e gastrostomia, três realizavam curativos em úlceras por pressão e uma família realizava aspiração traqueal e bucal. Além disso, as famílias se envolviam com demais cuidados aos idosos diariamente, como higiene corporal e alimentação. **CONCLUSÕES:** a realização do estudo permitiu concluir que a maioria dos idosos é do sexo feminino e metade mora com seu cônjuge. Não houve predominância de uma faixa etária. Os cônjuges e os filhos são os integrantes da família que mais participam dos cuidados aos idosos, destacando-se os cônjuges como cuidadores principais. Como motivos da internação domiciliar, AVC e fratura de perna foram os mais prevalentes, uma vez que são comuns em pessoas idosas. A hipertensão arterial foi a comorbidade mais presente entre os idosos. Sonda para alimentação mostrou-se como o dispositivo mais

utilizado pelos idosos do estudo. Em relação aos procedimentos realizados pelas famílias destacou-se a aplicação de anticoagulante e a administração de medicamento e dieta por sonda nasoetérica e gastrostomia. Dessa forma, esse estudo possibilitou conhecer melhor as famílias, suas características e sua constituição, o que auxiliará a análise dos demais dados coletados na dissertação, da qual os dados desse resumo fazem parte.

**Descritores:** Família; Idoso; Assistência Domiciliar; Enfermagem.

**Descriptors:** Family; Aged; Home Nursing; Nursing.

**Descriptores:** Familia; Anciano; Atención Domiciliaria de Salud; Enfermería.

**Área Temática:** Processos de Cuidado

**REFERÊNCIAS**

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2013.

2. Papaléo Netto M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. (org.). Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 2-12.

3. Brasil. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 19 out. 2006. Disponível em: <http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

4. Girondi JBR, Gonçalves LHT, Santos SMA. A enfermagem na assistência domiciliar: família com idosos em idade mais avançada. In: Elsen I, Souza AIJ, Marcon SS. (org). Enfermagem à família: dimensões e perspectivas. Maringá: Eduem; 2011. p. 137-146.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ENVELHECIMENTO ATIVO: UM CENÁRIO COM INDEPENDÊNCIA

# ACTIVE AGEING: SCENARIO WITH INDEPENDENCE

# ENVEJECIMIENTO: UN ESCENARIO CON INDEPENDENCIA

LEITE, Marinês Tambara1
HILDEBRANDT, Leila Mariza2
CASTIONI, Daniani3

1. Enfermeira, Doutora em Gerontologia Biomédica, Docente da UFSM/Campus Palmeira das Missões RS/Brasil. Tutora do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem da UFSM/Campus Palmeira das Missões RS/Brasil.
2. Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, Docente da UFSM/Campus Palmeira das Missões RS/Brasil.
3. Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/Campus Palmeira das Missões/RS/Brasil. Bolsista PIBIC/CNPq 2012-2013. E-mail: danny_castioni@hotmail.com

**Introdução:** Com o aumento da expectativa de vida e a diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade o Brasil vem modificando sua estrutura etária. As estimativas de envelhecimento da população são de que em 2050 haverá um contingente de 50 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, perfazendo um total de 19% de toda população brasileira. Essa projeção parte de dados já existentes, os quais evidenciam a progressiva elevação no número de idosos no País. Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde demonstram que, no Brasil, no ano de 2012, a população idosa foi de aproximadamente 21 milhões e no Estado do Rio Grande do Sul chegou a 1,5 milhões[1]. O processo de envelhecimento vem normalmente acompanhado de declínio das funções gerais do organismo. As mudanças que ocorrem no sistema motor podem ser decorrentes de alterações fisiológicas ou patológicas, em que a função motora torna-se comprometida em menor ou maior grau nos indivíduos idosos. Sendo que a marcha e o equilíbrio são componentes do desempenho motor, estas também são influenciadas por estas alterações. Este fenômeno pode ser observado na pessoa idosa quando esta fica mais lenta para desenvolver as atividades rotineiras da vida diária, em que é utilizada a coordenação motora fina, e para locomover-se para a qual usa a coordenação motora grossa. Outra alteração que ocorre é a diminuição das células ósseas, alteração associada diretamente com a osteoporose, sendo esta uma causa comum de fratura na pessoa idosa, principalmente em mulheres devido à ação hormonal. O idoso que tem osteoporose e sofre uma queda, fará parte de um grande percentual de morbidade e mortalidade que se instala

em nosso país, além de ter a possibilidade de desenvolver a síndrome pós-queda, que inclui dependência, perda da autonomia, confusão, imobilização e depressão. Esta síndrome poderá levar o idoso a ter restrições para a realização de suas atividades da vida diária[2]. Diminuição da audição e da visão, osteoartrites, osteoporose, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, redução da habilidade motora e alterações sensoriais, também conhecidas como doenças e agravos crônicos não transmissíveis, podem vir a necessitar de acompanhamento constante. Isto porque estas condições, não tendo cura definitiva, tendem a ser expressivas na idade mais avançada e, frequentemente, estão ligadas a comorbidades, podendo gerar incapacidades, afetar a funcionalidade das pessoas idosas e comprometer a qualidade de vida desta população[3]. A funcionalidade ou a capacidade funcional se constitui em um componente de estudo acerca do estado de saúde do idoso. Para avaliar o estado funcional é necessário determinar o nível de independência da pessoa idosa na realização das Atividades da Vida Diária (AVDs) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs). Os resultados podem demonstrar idosos totalmente independentes, parcialmente independentes ou dependentes para realizar tais atividades[3]. A avaliação funcional também pode ser em relação ao funcionamento da pessoa quanto a sua capacidade de autocuidado, integridade física, estado intelectual, mental e espiritual e interações sociais. Nesse sentido, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde[4] indica que preservar a independência para as atividades da vida diária, um bom convívio familiar e social, a autonomia e um bom nível de amizades são fatores determinantes para um envelhecimento bem sucedido, ou seja, ativo. O envelhecer também trás consigo a perda cognitiva fisiológica e sabe-se que o desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas. A perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução dessas funções[3]. As alterações cognitivas são mundialmente estudadas e pesquisadas por serem grandes precursoras de doenças significantes como a Doença de Alzheimer, que diminui drasticamente a qualidade de vida desta população e de seus cuidadores. A Doença de Alzheimer é a demência que mais acomete a população idosa. Por essa magnitude, a capacidade cognitiva pode ser avaliada por meio do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), o qual se constitui no teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido, de fácil aplicação, não requerendo material específico. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira. Resultados muito baixos de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica, pois podem representar patologia grave no idoso[3]. Levando em conta o bem estar e qualidade de vida do idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa. Tem, ainda, como diretriz a promoção do envelhecimento ativo e saudável[5]. Embasados por estas recomendações vê-se a necessidade de desenvolver pesquisas que possam auxiliar os idosos a obter tais resultados. Tendo em vista estas informações optou-se por realizar um estudo com idosos residentes na área urbana do município de Palmeira das Missões/RS, a fim de identificar

como está a capacidade funcional desses idosos. Assim, esta investigação tem como pergunta de pesquisa: Qual o grau de dependência/independência de idosos residentes em área urbana de um município do Rio Grande do Sul? **Objetivos:** Avaliar a capacidade funcional de idosos residentes na área urbana de um município do Rio Grande do Sul (RS). Caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde; avaliar o grau de dependência funcional; e avaliar a capacidade cognitiva de idosos residentes na área urbana de um município do Estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia**: Estudo de caráter quantitativo, transversal e descritivo. Os sujeitos do estudo serão idosos, de ambos os sexos, residentes em área urbana do município de Palmeira das Missões/RS. Como critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa têm-se: ter idade igual ou superior a 60 anos e residir na área urbana do município. Os dados serão coletados por meio de quatro instrumentos; questionário referente a dados de identificação, sociodemográficos e de saúde, para avaliação da capacidade funcional será utilizada a escala de Katz e a de Lawton e para a avaliação cognitiva será utilizado o Mini-Exame do Estado Mental. Os dados serão analisados por meio do pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows, versão 8.0. **Resultados:** Por ser uma nota prévia ainda não estão disponíveis os resultados. **Conclusões:** Os resultados deste estudo possibilitarão a discussão no meio acadêmico e junto às equipes de saúde do município com vistas à formulação de meios para que esta população seja melhor assistida, resultando em uma relação mais efetiva com as unidades de saúde, grupos, sociedade, para que os idosos possam ter uma melhor qualidade de vida.

Á**rea temática:** Processo de cuidado

**Descritores:** Idoso; Envelhecimento; Saúde do Idoso

**REFERÊNCIAS**

1. DATASUS, Ministério da Saúde. Informações de saúde-demográficas e sociodemográficas 2013. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02 Acesso em 03/05/13.

2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, 2010. Tradução do documento original: Letícia Maria de Campos. Disponível em: http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/index.html

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf

4. BRASIL. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil- Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde. Abril de 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O SUPORTE À PARTURIENTE OFERECIDO PELA DOULA NO BRASIL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

# THE SUPPORT OFFERED BY THE PARTURIENT DOULA IN BRAZIL: LITERATURE REVIEW

# EL APOYO OFRECIDO POR LA DOULA PARTURIENTA EN BRASIL: REVISIÓN DE LA LITERATURA

DAANDELS, Nadieli1
LINCK, Caroline Leon2
BLAU, Ana Carolina3
DAL PAI, Sandra3
KISTER, Danimara3
SARZI, Diana3
SCHWENING, Mariana Depiere3

1Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da CESNORS/UFSM. Aluna bolsista PEIPSM/2012. nadielidaandels@hotmail.com
2 Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – campus Palmeira das Missões. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRGS.
3 Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da CESNORS/UFSM

**Introdução**: Diversas modificações marcam a evolução histórica da assistência obstétrica às mulheres durante o trabalho de parto e o parto, seja na mudança de cenário de acontecimento do parto ou no aumento do número de intervenções intrahospitalares que contribuem para que a mulher passe a ser um agente passivo nesse processo tão dinâmico. (Herculano et al., 2008) Historicamente, o acompanhamento a mulher em trabalho de parto acontecia no ambiente domiciliar, no qual a mulher era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira, e apoiada pelos seus familiares. (Bruggemann et al., 2005) Em meados do século XX iniciou-se o processo de institucionalização da assistência ao parto. Neste período a participação dos familiares e dos acompanhantes foi sendo desconsiderada, e os partos passaram a ocorrer em hospitais, sendo atendidas apenas por profissionais de saúde, permanecendo sozinhas durante o período do trabalho de parto, muitas vezes longo. (Leão; Bastos, 2001). Concomitante a isto, o apoio oferecido à mulher durante o parto foi sendo medicalizado e o tratamento humanizado relegado a segundo plano. A atenção humanizada é um conceito amplo o qual envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-

mortalidade materna e perinatal (Brasil, 2001). Para oferecer esta atenção humanizada no que se refere à assistência à mulher, é imperioso a compreensão da gestação, do parto e do puerpério como eventos naturais da vivência reprodutiva feminina. E para que tal experiência seja especial, positiva e enriquecedora, é necessário que a mulher receba apoio e incentivo por parte do parceiro, família e comunidade durante este processo. (Herculano et al, 2008) O suporte intraparto consiste na presença de uma pessoa que oferece conselhos, medidas de conforto e incentivo a mulher durante a fase ativa do trabalho de parto, nascimento e no pós-parto imediato. (Chapple, et al, 2013) No Brasil, o Ministério da Saúde considera as recomendações da OMS para a assistência ao parto como referência para as práticas realizadas nas maternidades vinculadas ao SUS. Uma das recomendações é o apoio à mulher durante o trabalho de parto/parto. (Brasil, 2001) Este suporte/acompanhamento pode ser realizado tanto por profissionais da saúde, parteiras, familiares, como por pessoas leigas treinadas, as doulas. Doula é uma palavra de origem grega que significa "aquela que serve". Atualmente o termo "doula" se refere àquela que está ao lado, que interage com, que ajuda a mulher em algum momento durante a gestação, parto e puerpério. Doula é uma mulher sem experiência técnica na área da saúde que orienta e assiste a nova mãe no parto e nos cuidados com o bebê (Leão; Bastos, 2001) Com isso, o presente estudo é norteado pela seguinte questão: O que tem sido produzido sobre o suporte oferecido pelas doulas às mulheres em trabalho de parto no Brasil? **Objetivos**: Diante do exposto, o objetivo desse trabalho é realizar uma revisão bibliográfica sobre o suporte oferecido pelas doulas no Brasil. **Metodologia**: Frente ao objeto de estudo e na tentativa de responder ao objetivo delineado, foi desenvolvida uma busca por publicações referentes ao assunto na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) através do descritor de assunto *doulas*. A busca das publicações se deu a partir dos seguintes critérios de inclusão: estar disponível *on line*, ser gratuíto, apresentar resumo, ser e publicado nos últimos dez anos (2003 a 2012), nos idiomas inglês, espanhol ou português, porém que sejam trabalhos realizados no Brasil. O recorte temporal fundamentou-se na rapidez em que as informações veiculadas em mídias informatizadas circulam nos dias atuais, considerando-se que o tempo de dez anos seria suficiente para obtenção de informações atualizadas adequadas às finalidades deste estudo. Os critérios de exclusão foram: revisões, comentários, editoriais, livros, publicações governamentais, teses e/ou dissertações e relatos de experiência. Através da busca foram encontrados 11 artigos na BVS, sendo que 2 pertenciam a BDENF (Base de Dados da Enfermagem) e os outros 9 na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Após avaliação das publicações através dos critérios de inclusão e exclusão restaram apenas 4 publicações. **Resultados:** O estudo A1 avaliou os possíveis efeitos benéficos, o valor e a qualidade da relação interpessoal que se estabelece entre os envolvidos na situação de trabalho de parto e durante o parto. Neste conclui-se que o apoio à parturiente, através do acolhimento e da relação interpessoal, tem efeitos positivos e favoráveis sobre vivências do estresse materno, configurando-se como recurso técnico, qualificado e valioso oferecido a parturiente. O estudo A2 objetivou descrever a

concepção das profissionais de enfermagem sobre a participação das doulas na assistência à mulher no trabalho de parto, os resultados deste estudo apontam alguns problemas decorrentes da forma de inserção das doulas no serviço, porém reconhecem a importância da atuação da doula na assistência à parturiente. O significado da experiência das doulas durante o processo de parto e nascimento é apresentado no estudo A3. Nesta pesquisa revela-se que as doulas oferecem uma escuta ativa, alicerçada em atividades de respeito, acolhimento, conhecimento técnico e amor. O artigo A4 é uma pesquisa feita com nove doulas de um hospital da região sudeste do Brasil que teve como objetivo a caracterização e o perfil das mesmas durante o trabalho de parto, este estudo concluiu que o trabalho da doula é efetivo porém seu ainda é desconhecido da maioria dos profissionais de saúde e da população. E apontou, também, que a doula está presente para atender às necessidades e carências da parturiente e desempenhar uma função importante no pré-natal, no puerpério e na amamentação **Conclusão**: Através da análise dos estudos concluimos que a prática do apoio durante o trabalho de parto e parto feito por doulas parece ter benefícios para as novas mães e que estudos sobre doulas e o reconhecimento de seu papel junto às parturientes ainda são incipientes no Brasil, desta forma pesquisas desta natureza tornam-se importantes por suprir lacunas de conhecimento e identificar a relevância daparticipação das doulas nas equipes obstétricas. Aconselha-se a produção de mais trabalhos qualitativos que envolvam tanto a visão da mulher que recebe o apoio, como dos profissionais da saúde que se vêm envolvidos nessa temática e também das próprias doulas.

Á**rea temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Doulas; Trabalho de parto; Parto; Saúde da mulher

**REFERÊNCIAS**

Herculano, MMS, Bastos, PL, Freitas, LV, Damasceno, AKC, Pinheiro, AKB. Processo da parturição vivenciado por mulheres acompanhadas por doulas. VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. 2008. [citado 30 jul. 2013]. Disponível em: http://abenfopi.com.br/vicobeon/COMORAL/Ana%20Grij%C3%B3/Processo%20da%20parturi%C3%A7%C3%A3o%20vivenciado%20por%20mulheres%20acompanhadas%20por%20doulas.pdf

Brüggemann, OM; Parpinelli, MA; Osis, MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Saúde Pública. 2005 out-set; 21(5):1316-1327. [citado 30 jul. 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/03.pdf

Leao, MRC; Bastos, MAR. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2001; 9(3):90-94. [citado 30 jul. 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11504.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf

Chapple W; Gilliland A; Li D; Shier E; Wright E. An economic model of the benefits of professional doula labor support in Wisconsin births. WMJ. 2013 Apr;112(2):58-64. [citado 30 jul. 2013]. Disponível em: https://www.wisconsinmedicalsociety.org/_WMS/publications/wmj/pdf/112/2/58.pdf

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ÚLCERAS VENOSAS: TRATAMENTOS DESCRITOS NA LITERATURA CIENTÍFICA

# VENOUS ULCERS: TREATMENTS DESCRIBED IN SCIENTIFIC LITERATURE

# ÚLCERAS VENOSAS: TRATAMIENTOS DESCRITOS EN LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

NEVES, Gabriela Leal1
RIZZATTI, Salete de Jesus Souza2
BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin3

1Apresentadora. Acadêmica do 5º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Bolsista do Programa de Iniciação Científica do Hospital Universitário de Santa Maria (PROIC/HUSM). E-mail: gabi_leal_neves@hotmail.com
2Enfermeira do HUSM. Mestranda em Enfermagem- PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM.
3Enfermeira. Doutora. Professora Associada II do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**Introdução:** A doença vascular periférica caracteriza-se pelo fluxo de sangue reduzido nos vasos sanguíneos, sejam capilares, veias ou artérias[1]. Desta insuficiência decorrem as úlceras crônicas de membros inferiores, que podem ser definidas como uma síndrome caracterizada pela perda circunscrita ou irregular da derme ou epiderme, podendo atingir o tecido subcutâneo e os tecidos adjacentes, bordas definidas, comumente com exsudato amarelado, iniciando de forma espontânea ou traumática. As úlceras crônicas de origem venosa se constituem em um problema grave e de abrangência mundial, além de restringir as atividades da vida diária e de lazer de seus portadores[1]. Do ponto de vista clínico, há fatores importantes que influenciam na cicatrização, cronicidade e recidiva das feridas, incluindo problemas como diabetes mellitus, hipertensão arterial, anemia, a não adoção de exercícios físicos regulares, o estado nutricional do indivíduo e o repouso deficitário. A cicatrização das feridas de úlceras venosas é lenta, decorrem meses e até anos para efetivar-se e, caso não sejam adotadas medidas preventivas, há um índice de 70% de recidivas. O diagnóstico e o tratamento adequados são importantes para o cuidado de pessoas com úlceras venosas, proporcionando maior rapidez da cicatrização e prevenção de recorrências. O acompanhamento do indivíduo com úlcera venosa requer consultas frequentes aos serviços de saúde, realização de curativos diários e adesão a novos hábitos de vida, o que,

em geral, não é fácil para as pessoas portadoras destas lesões, tampouco para seus familiares[1]. Cabe salientar que a equipe de saúde, além de cuidar da lesão, deve assistir estes usuários valorizando seu contexto social e emocional, ouvindo suas queixas, medos e inseguranças. **Objetivos:** Descrever o que tem sido utilizado para o tratamento de úlcera venosa. **Metodologia:** Pesquisa narrativa, com coleta dos dados realizada no mês de junho de 2012 nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Utilizou-se para a busca o descritor "úlcera varicosa", associado com as palavras "cuidado" or "cuidados" or "assistência" or "tratamento", acrescido dos idiomas "espanhol" or "português" or "inglês". Como critérios de inclusão optaram-se por artigos disponíveis na íntegra de livre acesso *on line*, nos idiomas português, espanhol e inglês. Já como critério de exclusão adotou-se os artigos que não atendam os objetivos do estudo. A busca inicial resultou em 44 produções cientificas na LILACS e 683 na MEDLINE, totalizando 727 publicações. Destas, por não se encaixarem nos critérios de inclusão, restaram 10 artigos da LILACS e 16 artigos da MEDLINE, totalizando 26 artigos que constituíram o corpus desse trabalho. **Resultados:** Os artigos relatam o tratamento tópico utilizado em úlceras venosas com a utilização de produtos que facilitam a cicatrização como o alginato de cálcio, o hidrocoloide e o hidrogel. O **alginato de cálcio** é um polissacarídeo composto de cálcio, realiza a hemostasia, a absorção de líquidos, a imobilização e a retenção das bactérias na trama das fibras, e o desbridamento. Após o contato com a lesão, torna-se um gel suave, fibrinoso, não aderente, que mantém o meio úmido ideal para o desenvolvimento da cicatrização. O **hidrocoloide** é uma espuma de poliuretano e pode ser apresentados sob a forma de placa, pasta, gel e grânulos. O hidrocoloide em placa é uma cobertura sintética derivada da celulose natural, que contém partículas hidrofílicas que formam uma placa elástica autoadesiva. A sua face externa contém uma película de poliuretano semipermeável não aderente que proporciona uma barreira protetora contra bactérias e outros contaminantes externos. As partículas de celulose expandem-se ao absorver líquidos e criam um ambiente úmido, que permite às células do microambiente da úlcera fornecer um desbridamento autolítico. O **hidrogel** não absorve, mas atua no desbridamento autolítico conferindo proteção às feridas secas, superficiais ou profundas, com necrose ou fibrina. Identifica-se que o tratamento de excelência é a terapia compressiva, já que esta pode contribuir para o aumento da taxa de cicatrização. O tratamento compressivo tem como principal ação favorecer o retorno venoso. Ao contribuir para o retorno venoso, a compressão melhora a estase e o edema, o que se traduz em melhores condições clínicas na lesão e acelerando a cicatrização. Alguns dispositivos de compressão permitem manter curativo simples e não aderente sobre a úlcera, mantendo o ambiente de cicatrização úmido. Destacam-se a bota de Unna, compressão elástica de 4 camadas, compressão elástica de 3 camadas, compressão de múltiplas camadas e diversos outros tratamentos compressivos. Um dos tratamentos compressivos é a **bota de Unna** que consiste numa compressão inelástica composta de ataduras de crepe embebida em pasta com gelatina incolor, glicerina, óxido de zinco e água, normalmente usada no tratamento para úlcera venosa. Suas taxas de cicatrização são

significativas, sendo superiores quando comparadas a ataduras elásticas. Quando comparada a **terapia compressiva composta por quatro camadas** com a não compressiva, observou-se que se obteve uma melhora significativa (72%) para a dor e qualidade de vida das pessoas, com redução na área da úlcera nos que utilizaram a terapia compressiva. Um estudo[2] avaliou a importância da intervenção das clínicas comunitárias, utilizando como tratamento um sistema de bandagem composto por 4 camadas, observando-se que tal intervenção demonstrou-se satisfatória na cicatrização das UV. Outro estudo[3] mediu a eficácia e o custo do tratamento de compressão para úlceras venosas, combinados com terapia tópica. A **cirurgia vascular** atua no diagnóstico, estudo e tratamento cirúrgico das enfermidades dos vasos. Este pode ser da forma convencional (cirurgia através de incisões) ou por dentro dos vasos (cirurgia endovascular). Dentre eles destacam-se: escaratomias transversais, enxerto, perfurador subfascial, laser endovenoso x cirurgia safena e cirurgia safena x procedimento não operatório. As **escaratomias transversais** são uma nova alternativa cirúrgica para auxiliar o tratamento de úlceras crônicas de etiologia não arterial em membros inferiores, especialmente aquelas com recidivas e complicadas por contraturas de pele, limitando movimentos do pé e tornozelo. Em um estudo[4] os autores elucidaram a questão da divisão de **enxerto** como tratamento de úlceras crônicas de perna, sendo que na presença de doença vascular, dividir o enxerto de pele não é um tratamento eficaz para úlcera de perna crônica. A **cirurgia subfascial endoscópica** perfurador é um procedimento minimamente invasivo realizado com um endoscópio (um pequeno tubo flexível com uma luz e uma lente no final). As veias perfurantes (veias encontradas na área da panturrilha) são cortadas e amarradas fora, permitindo que o sangue escorra para veias saudáveis e melhore a cicatrização da úlcera. Essa técnica permite que a correção da insuficiência vascular crônica seja feita com a úlcera aberta. O tratamento endovenoso com **laser** é uma técnica minimamente invasiva para a ablação das veias safenas magna e parva incompetentes. Sendo assim, foi comparada uma ablação a laser endovenoso com a cirurgia convencional para safena magna no tratamento de varizes e observaram que ambos sãos eficazes e que a primeira teve um menor impacto negativo no inicio da intervenção. Existem ainda outros tratamentos como terapia física descongestiva, tratamento tópico e compressivo, diversos tratamentos, injeção e cirurgia associada à compressão. A **terapia física descongestiva** consiste na combinação de drenagem linfática manual, compressão elástica, exercícios miolinfocinéticos e cuidados com a pele. Evidenciaram-se os efeitos da terapia física descongestiva (TFD) na cicatrização de úlceras venosas, sendo notado que os pacientes apresentaram redução do edema e da dor e melhora do processo cicatricial. Outro estudo[5] determinou que a recorrência da úlcera de perna pode ser evitada através da correção cirúrgica de refluxo venoso superficial em adição à compressão. Salienta-se que a maioria dos achados diz respeito aos diferentes tratamentos sendo que o foco foi na cicatrização da lesão. Nesse aspecto, percebe-se que o cuidar transcende o tratar, remetendo a uma forma complexa e integral, sendo intrínseca a pessoa humana. Observa-se que as pessoas acometidas por UV

apresentam restrições nas suas atividades laborais, socioculturais, nos afazeres cotidianos e na estética, podendo levar a distúrbios emocionais. Tratando-se de uma doença crônica, torna-se imprescindível que a pessoa conheça sua condição de saúde para saber o que e quando esperar em cada situação, colaborando, dessa forma, com sua própria adaptação. **Conclusões:** A análise dos artigos nas temáticas práticas de cuidados/tratamentos a pessoas com UV indicou a predominância de artigos que falam sobre tratamentos cirúrgicos seguidos pelos compressivos. Cabe destacar que algumas terapêuticas podem ser associadas com bom resultado no alívio da dor, na cicatrização da lesão e na prevenção de recidivas. Percebeu-se também que o "padrão ouro" para tratamento e prevenção da úlcera venosa é a terapia compressiva. As intervenções exigidas, pela sua natureza multidimensional requerem atuação de equipe multiprofissional, entre os quais é preciso assegurar a presença do enfermeiro sua responsabilização por esse atendimento nas salas de curativo. Nesse sentido, percebe-se que a enfermagem tem papel fundamental no cuidado e na educação em saúde da pessoa com UV. O papel do enfermeiro como educador em saúde é destacado na medida em que proporciona momentos de trocas de saberes entre pessoas com UV, familiares e profissionais de saúde, valorizando o contexto sociocultural dos envolvidos no processo de cuidar. Faz-se necessária a realização de novos estudos, com vistas a ampliar a produção de evidências científicas que subsidiem a elaboração e a adoção de protocolos clínicos por profissionais que se dedicam ao manejo clínico de úlceras venosas.

Á**rea temática:** Processos de Cuidado.

**Descritores:** Úlcera Varicosa. Saúde. Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Educação em saúde.

**REFERÊNCIAS**

1. Iponema EC, Costa MM. Úlceras vasculogênicas. In: Silva RCL da, Figueiredo NMA de, Meireles MA de.(Org.). Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

2. Moffatt et al. Community clinics for leg ulcers and impact on healing. BMJ. 1992; 5305 (6866):1389-92.

3. Vas et al. Effectiveness of acupuncture, special dressings and simple, low-adherence dressings for healing venous leg ulcers in primary healthcare: study protocol for a cluster-randomized open-labeled trial. BMC Complementary and Alternative Medicine. 2008; 8(29).

4. Hogsberg, et al. Success rate of split-thickness skin grafting of chronic venous leg ulcers depends on the presence of Pseudomonas aeruginosa: a retrospective study. PLoS One. 2011; 6(5):e20492.

5. Gohel et al. Long term results of compression therapy alone versus compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial. BMJ. 2007; 335(7610):83.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ACEITAÇÃO E CONHECIMENTO DOS DOCENTES DE ENFERMAGEM SOBRE A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

# ACCEPTANCE AND KNOWLEDGE OF NURSING TEACHERS ABOUT ORGAN DONATION

# ACEPTACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LOS PROFESORES DE ENFERMERÍA EM LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

VASCONCELOS, Quinidia Lúcia Duarte de Almeida Quithé de1
FREIRE, Izaura Luzia Silvério2
MELO, Gabriela de Sousa Martins3
FREITAS, Camylla Cavalcante Soares de4
COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes5
TORRES, Gilson de Vasconcelos6

1. Enfermeira, mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFRN, bolsista CAPES. E-mail: quinidia@hotmail.com
2. Enfermeira, doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFRN, Professora Mestre da Escola de Enfermagem da UFRN. E-mail: izaurafreire@hotmail.com
3 Enfermeira, doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFRN, bolsista CAPES. E-mail: gabrielasmm@hotmail.com
4 Discente em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de iniciação científica/CNPq. E-mail: camyllafreitas_@hotmail.com
5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Professora adjunta Do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: isabellekfc@yahoo.com.br
6 Enfermeiro, Pós-Doutor em Enfermagem, Professor Titular Departamento de Enfermagem/UFRN, Pesquisador do CNPq (PQ2).

**Introdução:** O transplante de órgãos no Brasil é uma atividade social, uma vez que é custeado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e depende da espontaneidade da população.[1] Após a criação do Sistema Nacional de Transplante (SNT), foi publicada a Lei n° 9.434 de quatro de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para transplante e determina a doação como sendo gratuita e estabelecendo critérios para o doador vivo e doador falecido.[2-3] Nesse sentido, um indivíduo só poderá ser doador em vida se estiver boas condições de vida, passar por uma avaliação médica rigorosa e ser considerado capaz juridicamente e se sua ação for inteiramente voluntaria.[3] Conforme a resolução estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), define-se

como doador falecido aquele que possui o diagnóstico médico confirmado de Morte Encefálica (ME) e a doação de seus órgãos e tecidos irá depender da autorização do cônjuge ou parente, que deve ser maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau.[3] Esse doador pode oferecer para transplante, simultaneamente, coração, pulmões, fígado, pâncreas, intestino e rim, além de córnea, esclera, osso, cartilagem, tendão, menisco, fáscia, valva cardíaca e membrana amniótica.[3] Nesse contexto, o profissional de enfermagem tem a responsabilidade de manter os órgãos viáveis para a doação, por intermédio do controle e registro dos parâmetros hemodinâmicos do Potencial Doador (PD). Porém, é necessário um conhecimento científico e aprofundado a respeito das alterações e repercussões fisiopatológicas causadas pela ME.[4-5] **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo, identificar a aceitação e o conhecimento dos docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN sobre a doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo, do tipo transversal e com abordagem quantitativa de análise de dados, realizado com 20 docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, situada em Natal/RN, entre os meses de março a junho de 2012. A amostra foi selecionada por intencionalidade adotando-se os seguintes critérios de inclusão: formação superior em Enfermagem e ser docente da UFRN (nível técnico ou graduação em enfermagem). Para a coleta de dados, foi construído e testado um instrumento acerca do conhecimento sobre a doação de órgãos e tecidos, o qual foi constituído por três sessões: a primeira sessão compreende a caracterização sociodemográfica dos participantes (sexo, idade, religião, estado civil, renda familiar e Pós-Graduação); a segunda, os aspecto relacionados a doação *post mortem* e a terceira abrange questionamentos sobre o conhecimento dos docentes sobre os aspectos legais e éticos do transplante de órgãos e tecidos no Brasil. Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP/HUOL) sob o nº 414/10 e CAAE 007.0.294.000-10, foi solicitado o consentimento de cada docente para participar do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, os dados foram coletados por acadêmicos de enfermagem previamente treinados, organizados em planilha do Microsoft Excel 2007 e analisados por meio de estatística descritiva em um programa estatístico. **Resultado:** A análise dos resultados foi realizada de acordo com as três sessões que foram preestabelecidas no instrumento de coleta de dados. No que diz respeito a caracterização sociodemográfica dos docentes pesquisados, a maior parte foi constituída pelo sexo feminino (85,0%), com idade mínima de 25 anos de idade, idade máxima de 61 anos, média de idade de 40,8 anos e com desvio padrão de 11,8; no que se refere a religião, 55,0% relataram ser católicos, quanto ao estado civil, 65,0% relataram ser casados e com renda familiar de 5 a 27 salários mínimos mensais. Todos os docentes tinham pós-graduação, a maioria com Pós-Graduação *Stricto Senso* com predomínio de mestrado (60,0%), seguido do doutorado (25%) e apenas 15% relataram que possuíam Pós-Graduação Lato Senso (especialização), porém, não especificaram em qual

área. No que concerne aos aspectos relacionados à doação Post Mortem, todos os docentes eram a favor do processo de doação de órgãos e tecidos para transplante e informaram que a intenção da doação era principalmente para salvar vidas e ajudar o próximo; 95,0% dos docentes afirmaram sobre o desejo de seus familiares autorizarem a doação e tecidos após sua morte; 75,0% já conversaram com seus familiares sobre esse desejo; a metade dos pesquisados (50,0%) nunca participou de nenhum curso, palestra, atualização ou aula sobre doação e transplante de órgãos e tecidos; e 95% dos docentes concordaram quanto ao fato de que esse tema deveria ser mais abordado no ensino. Sobre os aspectos legais e éticos do transplante no Brasil, todos os docentes pesquisados responderam corretamente sobre o tipo de consentimento para a doação utilizado no Brasil, onde a doação é consentida, ocorrendo depois da constatação da morte encefálica e mediante a autorização da família; no entanto, 10,0% dos docentes informaram erroneamente que no Brasil permite-se a comercialização de órgãos; 50,0% responderam incorretamente sobre a definição de doador vivo e todos definiram corretamente o doador falecido. Ao serem questionados quanto aos órgãos e tecidos que o doador vivo pode doar, quanto aos órgãos que o doador falecido com o coração batendo pode doar e quanto aos órgãos que o doador falecido com o coração parado pode doar, todos os docentes surpreenderam ao responder cada um desses questionamentos erroneamente. **Conclusão:** Apesar de todos os docentes se manifestarem a favor da doação, foi verificado desconhecimento sobre alguns aspectos importantes que são relativos a essa temática, principalmente no que se refere à ética e legislação brasileira de transplante e quanto aos órgãos e tecidos que o doador vivo pode doar, quanto aos órgãos que o doador falecido com o coração batendo pode doar e quanto aos órgãos que o doador falecido com o coração parado pode doar. Nesse sentido, ressalta-se a importância de melhorar a formação dos docentes, capacitando-os para o exercício profissional, uma vez que o conhecimento dos docentes reflete diretamente no conhecimento que os discentes de enfermagem (futuros profissionais de saúde) irão adquirir ao longo da graduação ou nível técnico de enfermagem.

**Área Temática:** Processos de cuidado

**Descritores:** Transplante de órgãos; Docentes de enfermagem; Conhecimento.

**Descriptors:** Organ Transplantation; Faculty, Nursing; Knowledge.

**Descriptores:** Transplante de Órganos; Docentes de Enfermería; Conocimiento.

**REFERÊNCIAS**

1. Galvão FHF, Caires RA, Azevedo-Neto RS, Mory EK, Figueira ERR, Otsuzi TS, et al. Conhecimento e opinião de estudantes de medicina sobre doação e transplante de órgãos. Rev Assoc Med Bras 2007; 53(5):401-6.

2. Lei N. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília). 1997 Jul 01.

3. Lei N. 10.211, 23 março de 2001. Altera dispositivos da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. 2001 Mar 23.

4. Guido LA, Linch GFC, Andolhe R, Conegatto CC, Tonini CC. Stressors in the nursing care delivered to potential organ donors. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(6): 1023-9.

5. Lemes MMDD, Bastos MAR. The maintenance care of potential organ donors: ethnographic study on the experience of a nursing team. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007;15(5):986-991.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM COMPREENDENDO A IMPORTÂNCIA DA BRINQUEDOS TERAPÊUTICOS: RELATO DE EXPERIENCIA

# ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA COMPRENDIENDO LA IMPORTANCIA DE LOS JUGUETESTERAPEUTICOS: RELATO DE EXPERIENCIA

# NURSING STUDENTS UNDERSTANDING THE IMPORTANCE OF PLAYTHERAPY: REPORT OF EXPERIENCE

BAZZAN, Jéssica Stragliotto1
BARTEL, Tainã Eslabão1
STURBELLE, Isabel Cristina Saboia1
ANTONIOLLI, Liliana1
BRAGA, Diego Duro1
SILVA, Jênifer de Oliveira da2
MARTINS, Caroline Lemos3
GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi4

1Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (FEn/UFPel) – Membro do Grupo de Extensão e Pesquisa em Queimaduras (GEPQ). Contato:
2Acadêmico(a) de Enfermagem da FEn/UFPel –Membro do GEPQ;
3 Enfermeira pela FEn/UFPel –Membro do GEPQ;
4Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEn) da UFPel;
5Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

**INTRODUÇÃO:** Brincar é uma atividade importante na vida da criança, sendo crucial para seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social. É a forma pela qual ela se comunica com o meio em que vive; e expressa ativamente seus sentimentos, ansiedades e frustrações. O uso do briqneudo com finalidade terapêutica, durante a hospitalização infantil é um importante componente do cuidado[1]. O brinquedo terapêutico proporciona à criança hospitalizada a oportunidade de reorganizar a sua vida e diminuir a ansiedade, podendo também ser utilizado para ajudá-la a reconhecer seus sentimentos, assimilar novas situações e compreender o que se passa no ambiente hospitalar[2]. É um dos papeis do enfermeiro realizar o cuidado à criança por meio da humanização e valorização da vida humana, além de poder realizar o cuidado aliado a arte[3]. Durante o período de hospitalização, a humanização deve ser o princípio basilar dos profissionais de enfermagem no cuidado a criança e a implantação das brinquedotecas nestes espaços, se constituem em um aspecto de extrema relevância das novas estratégias de humanização, ao possibilitar que

a criança internada ao brincar se desligue do espaço hospitalar e da circunstância em que se encontra[4], aproximando-a de atividades (brincar) realizadas no ambiente domiciliar. A situação da criança internada é delicada e envolve uma série de outros cuidados além dos medicamentos. Dessa forma, o brincar é indispensável à criança e no hospital exerce um papel importante, que inclusive auxilia no processo de internação[4] e recuperação. Acrescenta-se a esse quadro a necessidade de adaptação da criança ao convívio com pessoas até então desconhecidas, que passam a ser responsáveis pelas novas rotinas e procedimentos necessários no ambiente hospitalar, como verificação de sinais vitais, medicação injetável e oral, realização de curativos, entre outros, que criam situações que não faziam parte da vida da criança, que caracterizam uma hospitalização[4]. Estudo revela que o lúdico como uma medida terapêutica promove a continuidade do desenvolvimento infantil e possibilita o restabelecimento físico e emocional, por tornar a hospitalização menos traumatizante[5]. Através do brincar, o enfermeiro pode diminuir o estresse e a angústia, e assim devolver à criança atividades que antes eram rotineiras e transformar sua permanência hospitalar em algo menos penoso, oferecendo condições básicas para o seu crescimento[3]. Nesta perspectiva nasce a importância do desenvolvimento de atividades que envolvem o uso brinquedo terapêutico no ambiente hospitalar. **OBJETIVO**: Relatar ações extensionistas referente ao uso do brinquedo terapêutico no ambiente hospitalar pediátrico. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência que visa descrever atividades desenvolvidas no primeiro semestre de 2012, por acadêmicos de enfermagem do Projeto de Extensão Brincando para Cuidar: adentrando o universo da Criança Hospitalizada da Faculdade de Enfermagem (FEn), de uma Universidade Federal do Sul do Brasil. Tais atividades ocorreram na Unidade Pediátrica do Hospital Escola, vinculado a esta universidade, tendo o propósito de aplicar o uso do brinquedo terapêutico no ambiente hospitalar pediátrico. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As atividades do uso do brinquedo terapêutico foram realizadas por acadêmicos de enfermagem semanalmente por meio da utilização de desenho livre, contos e pintura de painéis junto às crianças internadas na referida instituição. Os pacientes mirins realizavam desenho de personagens animados e pintura dos mesmos, e estes foram expostos no corredor da unidade pediátrica, a fim de valorizar o trabalho realizado pelas crianças. Já os contos foram desenvolvidos utilizando temas como educação em saúde e saúde ambiental, por exemplo, higiene pessoal e poluição do ambiente. As atividades proporcionam a criança um espaço para se expressar, brincar, imaginar e distrair. O brincar pode ser visto como um espaço terapêutico capaz de promover não só a continuidade do desenvolvimento infantil, como também a possibilidade da criança hospitalizada enfrentar e elaborar de maneira menos traumática o momento em que vive[5]. Além disso, o brincar contribui para um maior vínculo entre as crianças, familiares e equipe de saúde, possibilitando assim o desabafo de suas aflições, inseguranças e medo em relação ao que sentem em ambiente desconhecido, neste caso, o hospital. O enfermeiro possui um papel fundamental neste processo, pois deve construir maneiras de fazer com que a criança sinta-se à vontade e encare o período da maneira menos penosa

possível[3]. No entanto, pode-se observar que muitas instituições não oferecem uma estrutura adequada, nem apóiam o uso do brinquedo na terapêutica pediátrica, além disso muitos profissionais também não estão sensibilizados para a implantação da metodologia como forma complementar de cuidado[1]. Quando o cuidado a ser prestado destina-se as crianças, o profissional de enfermagem deve ter consciência de que se trata de um público diferenciado, que exige maior cautela, atenção e dedicação[3]. Desta maneira, as atividades anteriormente relatadas propiciaram, aos acadêmicos, maior aproximação e percepção dos sentimentos que envolvem a criança internada, as quais tiveram sua rotina alterada no ambiente hospitalar e muitas vezes o afastamento de familiares e amigos, os quais contribuem para maior desconforto das crianças frente a hospitalização. Além disso, foi possível observar a importância da enfermagem para as crianças, devendo assim considerar os sentimentos que permeiam a criança hospitalizada. Inibir ou proibir a criança de expressar ou concretizar seus pensamentos não é benéfico nem a ela e nem ao cuidador, que acaba não conhecendo de fato a criança a ser cuidada[3]. As atividades desenvolvidas proporcionam as crianças uma fonte de energia que minimiza a angústia e insatisfação de estar em ambiente hospitalar e afastados de suas atividades normais, favorecendo assim o esquecimento das rotinas que permeiam a unidade de tratamento. Tratando-se de crianças hospitalizadas, o brinquedo tem um importante valor terapêutico, e influencia no restabelecimento físico e emocional, pois torna o processo de hospitalização menos traumatizante e mais alegre, fornecendo melhores condições para sua recuperação[5]. Observou-se que os pacientes hospitalizados são acometidos por sintomas e procedimentos dolorosos, e as atividades do uso do brinquedo terapêutico proporcionam distração e melhor prognóstico desses sintomas durante as brincadeiras. É importante salientar que a mudança de comportamento das crianças durante e após a realização das atividades mostrou-se presente e estas passaram a se apresentar mais calmas e mais próximas da equipe, mesmo com os profissionais que não estiveram presentes durante as atividades. As crianças associaram as brincadeiras ao espaço hospitalar e não somente com os acadêmicos, resultando assim na harmonização das crianças com o local, facilitando o cuidado. **CONCLUSÕES:** A atividade permitiu observar que ações lúdicas podem ser eficazes e favorecer o tratamento de crianças internadas, contribuindo para amenizar o sofrimento no ambiente hospitalar e a comunicação e expressão dos sentimentos infantis. O uso do brinquedo terapêutico auxilia as crianças e seus familiares a terem uma permanência mais tranquila, menos árdua e traumática no hospital, contribuindo para um cuidado mais humanizado. Além disso, este trabalho permitiu uma breve revisão sobre o tema abordado e ressaltou a importância da atuação do enfermeiro frente ao uso do brinquedo terapêutico.

**REFERÊNCIAS:**

1. Maia EBS, Ribeiro CA, Borba RIH. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. Rev Esc Enferm USP, 2011; 45(4):839-46.

2.Silva EA, Aguiar OX . A importância do brincar na pediaria em hospital geral. Revista Cientifica Eletronica de Psicologia.Ano IV – Número 7 – Novembro de 2006 – Periódicos Semestral

3.PivettaA, ArgentaPC, Zanatta E A.Utilização do lúdico como coadjuvante do cuidado prestado pela enfermagem na pediatria. Conexa- o UEPG.

4.BertoCEO, Abrão JLF. A importância do brincar no contexto hospitalar: percepção e compreensão da equipe de enfermagem. Revista dePsicologia da UNESP, 8(2), 2009.5.MéndezFX, Ortigosa JM , PedrocheS.Preparación a lahospitalización infantil (I): afrontamientodelestrés. Psicologia Conductual, 4 (2), 193-209, 1996.

5.Brito TRP de, RESCK ZMR,Moreira DS, MarquesSM.As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica.*Esc. Anna Nery* [online]. 2009, vol.13, n.4, pp. 802-808.

**Área Temática:** Processo do cuidado

**Descritores:** Enfermagem; Jogos e Brinquedos; Pediatria

**Descriptores:** Enfermería; Juego e Implementos de Juego; Pediatría

**Descriptors**: Nursing; Play and Playthings; Pediatrics**.**

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PERCEPÇÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À EXPOSIÇÃO CORPORAL DO PACIENTE

# PERCEPÇÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À EXPOSIÇÃO CORPORAL DO PACIENTE

# PERCEPCIÓN DEL ACADÉMICO DE ENFERMERÍA EM RELACIÓN A LA EXPOSICIÓN CORPORAL DEL PACIENTE

BAZZAN, Jéssica Stragliotto1
SILVEIRA, Pâmela Ceroni2
ANTONIOLLI, Liliana3
SILVA, Jênifer de Oliveira da4
BRAGA, Diego Duro5
MARTINS, Caroline Lemos6
ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena7

1Acadêmica do 8º semestre da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL); Contato: jessica_bazzan@hotmail.com
2 Enfermeira, pela FEn daUFPEL;
3 Acadêmica do 9º semestre da FEn da UFPEL
4 Enfermeira, pela FEn da UFPel;
5Acadêmico do 8º semestre da FEn da UFPel;
6Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da FEn da UFPel;
7Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Professor Permanente do PPGEn da UFPEL.

**INTRODUÇÃO:** Enquanto profissão da saúde, o cotidiano de trabalho da enfermagem requer o contato próximo com os pacientes para a realização do cuidado[1]. Durante a formação do enfermeiro, destaca-se que um dos momentos mais esperados é o começo das atividades práticas assistenciais. O hospital é um dos cenários de formação acadêmica, nele o enfermeiro estabelece a organização das rotinas básicas do cuidado, tais como higiene corporal, auxílio em atividades de eliminações vesical/intestinal, e realização de curativos, que levam a necessidade de exposição do corpo do paciente, sendo isto, muitas vezes, sentido como invasão da intimidade pelo mesmo[2]. A exposição corporal é muito frequente no universo hospitalar e envolve questões acerca da sensualidade e sexualidade. Nesse sentido, o profissional da saúde necessita atuar de maneira a preservar a privacidade física e dignidade do paciente, realizar o cuidado com respeito, preservando a autonomia, espaço pessoal e territorial dos indivíduos hospitalizados, de forma que, a sensação de invasão da

privacidade possa ser amenizada, mesmo diante da nudez e contato corporal íntimo[2]. O cuidado com a exposição do corpo do paciente deve ser preocupação constante dos profissionais e acadêmicos de enfermagem. Portanto, é essencial que os acadêmicos para atuar no cenário prático compreendam a necessidade de adquirir conhecimento que vai além da fundamentação teórica, que lhe permita ofertar um cuidado pautado no respeito e na dignidade. Tais questões não são abordadas com profundidade no período de graduação, e assim, ao serem vivenciadas nas atividades práticas, podem originar situações difíceis de lidar durante a prestação de cuidado[1]. **OBJETIVO:** conhecer a vivência dos acadêmicos de enfermagem em relação à exposição corporal do paciente durante a realização dos cuidados de enfermagem no ambiente hospitalar. **METODOLOGIA:** estudo descritivo de abordagem qualitativa, no qual participaram acadêmicos do curso de enfermagem de uma instituição pública de nível superior do Rio Grande do Sul. Foram incluídos sujeitos maiores de 18 anos de idade, matriculados no oitavo semestre do curso de enfermagem, que ocupavam as posições ímpares na lista de matriculados (exemplo: 1°, 3°, 5°), que aceitaram participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os princípios éticos estabelecidos para esta pesquisa basearam-se na Resolução COFEN nº. 311/2007[3] e na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde[4]. O projeto teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas (Protocolo n°117/2010). A coleta de dados foi através de entrevista semiestruturada, de forma individual e em ambiente privativo. Os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo, a qual seguiu três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados obtidos, e interpretação[5]. **RESULTADOS:** participaram nove sujeitos com idades entre 21 e 24 anos. Sete eram do sexo feminino e todos eram solteiros; sete eram católicos e dois nomearam-se espíritas. O contato com o cuidado ao paciente, para todos os entrevistados, iniciou-se durante a formação acadêmica. Até o começo das atividades práticas no quarto semestre do curso de enfermagem. Nenhum deles apresentava experiências anteriores relacionadas ao cuidado de pacientes na prática hospitalar. Quando questionados acerca do primeiro contato com a exposição corporal do paciente, a maioria dos participantes referiu a realização de algum procedimento técnico, como exame físico, sondagem, banho de leito e troca de uripen. As falas dos acadêmicos deixaram transparecer uma série de sentimentos relacionados à exposição corporal do paciente hospitalizado, tais como, constrangimento, insegurança e inexperiência; sendo fatores que geram sentimentos negativos em relação ao cuidado com o corpo e estabelecimento de relações com o paciente, limitando o significado do contato com o corpo do paciente a um "objeto de aprendizagem". Em relação à realização do cuidado, um participante referiu-se a este como pessoal, já que o mesmo é estabelecido tanto por parte de quem cuida, como de quem é cuidado. O cuidado realizado pelo acadêmico de enfermagem ao paciente do sexo oposto, também teve destaque nas entrevistas, sendo que o contato com a nudez e a manipulação do corpo do paciente, especialmente se for do sexo oposto, gera maior desconforto tanto para quem cuida como quanto para o que é cuidado. É possível identificar preocupação dos

acadêmicos em tornar a situação menos constrangedora para o paciente, pois expressaram a tentativa de colocar-se na situação do outro. A receptividade do paciente com o acadêmico de enfermagem é apontada como o primeiro e importante passo para o estabelecimento de uma relação empática durante a realização do cuidado. Outro aspecto citado como influenciador do cuidado é a presença de outros colegas durante a execução de procedimentos que exijam privacidade, o que acaba sendo prejudicial ao cuidado, especificamente, nas situações em que a participação destes não é concedida pelo paciente. Segundo os entrevistados, a preservação da privacidade e intimidade dos pacientes, muitas vezes, não é percebida por outros profissionais. Ainda, alguns acadêmicos referem que a presença do familiar ou acompanhante, pode tornar-se um obstáculo ao desempenho do cuidado frente à exposição corporal; para outros a presença do familiar contribui positivamente para o paciente, pois neutraliza o ambiente no momento de exposição corporal e favorece a educação em saúde direcionada a alta hospitalar. A falta de recursos materiais, inadequações físicas hospitalares, superlotação e número elevado de pessoas transitando no mesmo local são destacadas, pelos entrevistados, como aspectos que interferem na manutenção da privacidade. Alguns acadêmicos referem que embora algumas rotinas de cuidado exijam a exposição corporal do paciente, é importante preservar sua privacidade e autonomia, isto contribui para a manutenção da qualidade do cuidado durante a exposição corporal e estimula o autocuidado. É possível identificar nas falas dos participantes, que durante sua formação, são instruídos a manterem a privacidade e a evitarem, quando possível, a exposição corporal do paciente hospitalizado. **CONCLUSÃO:** identificamos que a exposição corporal do paciente é uma experiência com a qual o acadêmico de enfermagem se depara diariamente, cada estudante vivencia esta experiência de forma particular, expressando emoções como, medo de tocar no paciente, repulsa, não ter vergonha em relação a ver o corpo do outro e perceber as regiões do corpo de forma natural, realizando o cuidado de forma humanizada e respeitosa, sem esquecer a privacidade e bem estar do paciente. Com isso, ressalta-se a importância de aprofundar conteúdos referentes ao tema nos currículos dos cursos da saúde, inclusive no curso de enfermagem, de maneira a promover a discussão e reflexão dos futuros profissionais, para a melhoria da qualidade da assistência em enfermagem; bem como sensibilizar os profissionais já formados em relação à privacidade durante a exposição corporal do paciente internado.

**Área Temática**: Processos de cuidado

**Descritores:** Privacidade; Cuidados de enfermagem; Hospitalização.

**Descriptors:** Privacy, Nursing Care, Hospitalization

**Descriptores:** Provacidad, Atención de enfermería, Hospitalización

**REFERÊNCIAS:**

1. VIANA LS. O (des)cuidado de enfermagem perante a nudez no ambiente hospitalar. *Florence em revista*, São Luís. 2011 maio; n.01.

2. PUPULIM JSL, SAWADA NO. Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis. 2010 jan./mar.; 19(1):36-44.

3. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução COFEN 311/2007 - *Código de ética dos Profissionais de Enfermagem*, Rio de Janeiro. 2007 fev.

4. BRASIL. Ministério Nacional da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2):15-25.

5. BARDIN L. *Análise de conteúdo***.** Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2010.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO ACERCA DAS NUANCES DO ADOLESCER COM HIV/AIDS

# THE PRODUCTION OF KNOWLEDGE ABOUT THE SHADES OF ADOLESCENT WITH HIV / AIDS

# LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO DE LAS SOMBRAS DE ADOLESCENTE CON VIH / SIDA

FAVERO, Natalia Barrionuevo1
SEHNEM, Graciela Dutra 2

1 Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) Campus Uruguaiana. Bolsista PBDA do projeto de extensão "Adolescer vivendo com HIV/aids: saber, compreender e conviver". Email: nathybf@hotmail.com
2 Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem da UNIPAMPA Campus Uruguaiana. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem

**Introdução:** A evolução da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) no Brasil apresenta múltiplas dimensões, de caráter social, cultural, político, econômico, clínico e epidemiológico. Passados 32 anos, o país tem como característica uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade, evidenciando a pauperização, a interiorização, a heterossexualização, a feminização e a juvenização da aids[1,2,3]. As evoluções técnico-científicas e, principalmente, farmacológicas, essencialmente após o desenvolvimento da terapia antirretroviral combinada têm possibilitado aos indivíduos que têm aids um viver com a doença e não para a doença, como nos anos iniciais, transformando uma síndrome que era percebida culturalmente como um resultado de morte anunciada em uma doença com perspectivas de cronicidade[4]. No Brasil, ações e políticas foram determinantes para enfrentar a aids, destacando-se o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais vinculado ao Sistema Único de Saúde e a profilaxia da transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)[5,6]. Assim, passou-se a vivenciar um novo momento da epidemia, com maiores perspectivas de vida para as pessoas infectadas pelo HIV. Desse modo, um grupo de crianças infectadas por transmissão vertical do HIV sobreviveu e venceu a etapa da infância, adentrando em uma nova fase do desenvolvimento humano. Esse grupo é conhecido como a primeira geração que nasceu infectada pelo HIV e está adolescendo com aids[7,8]. Na tessitura do processo de adolescer com a condição de cronicidade da aids, destaca-se que o adolescente vivencia um cotidiano terapêutico, que é permeado por

questões como a adesão à terapia antirretroviral, as relações familiares, o silêncio e a revelação do diagnóstico, a orfandade, a adolescência em instituições como casas de apoio, a sexualidade, entre outras[2]. **Objetivo:** identificar as produções científicas relacionadas ao processo de adolescer com HIV/aids. **Metodologia:** Para alcançar o objetivo proposto, optou-se pela revisão integrativa, a qual possibilita sumarizar pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir de um tema de interesse, com os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação dos estudos primários[9]. A revisão integrativa apresenta etapas que exigem rigorosas adequações metodológicas. Nessa revisão utilizaram-se as etapas a seguir: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de seleção dos estudos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da revisão[9]. Realizou-se uma busca bibliográfica em seis bases de dados: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF); Scientific Electronic Library Online (SCIELO); Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Web of Science. O levantamento dos estudos foi realizado de setembro a dezembro de 2012. O recorte temporal foi de 1982, quando a aids foi, pela primeira vez, classificada como síndrome tanto no Brasil quanto no mundo(10), até dezembro de 2012. Para o levantamento dos dados, foram utilizados os seguintes descritores: síndrome de imunodeficiência adquirida e saúde do adolescente. Realizou-se cruzamento entre eles da seguinte forma: síndrome de imunodeficiência adquirida *and* saúde do adolescente. Os critérios de inclusão adotados para a busca e seleção das publicações compreenderam os seguintes estudos: artigos originais, dissertações e teses. Além disso, foram incluídos estudos que abordassem a temática aids em adolescentes, que segundo a definição da OMS, abrange a faixa etária entre 10 e 19 anos, que tivessem sido publicados por profissionais da área da saúde; que apresentassem os resumos disponíveis *on-line* e escritos no idioma português, espanhol ou inglês. Foram excluídos os estudos referentes a resumos de congressos, anais e editoriais, comentários e opiniões de especialistas, relatos de experiência, revisões críticas e reflexões teóricas. **Resultados:** Após a busca nas bases de dados supracitadas foram encontradas 312 publicações. Assim, foi realizada uma primeira seleção dos trabalhos por meio da leitura exaustiva dos títulos e resumos de todos aqueles identificados pelas estratégias de busca e que se encontravam em consonância com a temática da pesquisa. Nesta etapa, foram pré-selecionados 27 estudos, sendo que, três deles se repetiram em duas bases de dados e um deles se repetiu em três bases de dados. Portanto, a amostra totalizou 22 publicações. Assim, após essa fase, iniciou-se a análise de tais estudos, na qual se procedeu à leitura detalhada dos 22 artigos selecionados. Quanto as base de dados, após a seleção dos estudos que atenderam aos critérios de inclusão, sete publicações foram encontradas na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da CAPES, três na BDENF, três na SCIELO, cinco na LILACS, duas na CINAHL e sete na Web of

Science, sendo que quatro publicações repetiram-se nas bases de dados. Quanto ao ano de publicação: 1996 (1), 1997 (1), 2000 (1), 2001 (1), 2005 (1), 2007 (2), 2008 (3), 2009 (4), 2010 (2), 2011 (5), 2012 (1). Em relação à procedência, os estudos foram realizados no Brasil (14), nos Estados Unidos (cinco), na Inglaterra (um), na Suíça (um) e no Canadá (um). Quanto às abordagens metodológicas, 13 estudos apresentaram abordagem qualitativa, seis abordagem quantitativa e três ambas as abordagens. **Conclusões:** A partir da identificação e análise das produções científicas relacionadas ao processo de adolescer com HIV/aids, destaca-se que as temáticas apresentadas nos estudos, restringem-se essencialmente a questões como o cotidiano do ser adolescente com HIV/aids, a adesão ao tratamento, a revelação do diagnóstico, a forma como lidam com o preconceito e estigmatização, as relações familiares, o comportamento sexual dos adolescentes, entre outras. Desse modo, entende-se fundamental lançar um olhar atentivo acerca da vivência da sexualidade de tais adolescentes, considerando o reduzido número de publicações que abordam essa temática. Além disso, quando aparece nos estudos da área da saúde encontra-se restrita à proteção contra os riscos da vida sexual, não sendo considerados os aspectos positivos da vivência da sexualidade, ou seja, da sua dimensão amorosa, de intimidade e de experimentação nessa fase da vida. A sexualidade dos adolescentes que vivem com HIV/aids encontra-se imersa em diversos desafios, tais como a revelação do diagnóstico, o sigilo, o medo da doença, o preconceito, a discriminação e os planos para o futuro. Nessa perspectiva, entende-se que estudos que abarquem essa temática, podem representar uma contribuição para a construção do conhecimento da área da saúde e da enfermagem e, mais especificamente, para o campo da saúde do adolescente. Além disso, acredita-se que tais estudos podem fornecer subsídios, aos profissionais de saúde, para que estimulem, por meio da promoção de espaços dialógicos e de um cuidado norteado pela escuta e acolhimento das singularidades e diversidades, o autocuidado e a autonomia de tais adolescentes em relação à sua vida sexual e reprodutiva.

Á**rea temática:** Processos de cuidado.

**Descritores:** Saúde do Adolescente; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; HIV; Enfermagem.

**Descriptors:** Adolescent's Health; Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV; Nursing.

**Descriptores:** Salud del Adolescente; Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida; HIV; Enfermería.

**REFERÊNCIAS**

1. Castilho EA, Chequer P. Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil. In: Parker R, editor. Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997. p. 18-42.

2. Paula CC. Ser-adolescendo que tem aids: cotidiano e possibilidades de cuidado de si. Contribuições da Enfermagem no cuidar em saúde [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.

3. BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília; 2012.

4. Schaurich D, Coelho DF, Motta MGC. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. Rev Enferm UERJ. 2006;14(3): 455-62.

5. Brasil. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Diário Oficial da União, Brasília, 14 nov. 1996. Seção 1, p. 23725.

6. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Profilaxia da Transmisão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso. Brasília; 2010.

7. Paula CC, Cabral IE, Souza IE. O. O cotidiano do ser-adolescendo que tem aids: momento ou movimento existencial? Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(3):632-9. DOI: 10.1590/S1414-81452009000300025.

8. Schaurich D, Medeiros HMF, Motta MGC. Vulnerabilidades no viver de crianças com aids. Rev Enferm UERJ 2007;15(2):284-90.

9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2009;17(4):758-64. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento DST, Aids e Hepatites Virais. História da aids. [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2013 mai. 06]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# BRINQUEDOTECA: DO BRINCAR À ESCUTA

# TOY LIBRARY: OF PLAYING TO LISTENING

# JUGUETE: DE JUGAR A ESCUCHA

SALVAGNI, Adelise1
QUINTANA, Alberto Manuel2

1 Psicóloga, Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: adesalvagni@hotmail.com.
2 Psicólogo, Doutor em Ciências Sociais (Antropologia Clínica), professor do Curso de Psicologia e dos Programas de Pós-graduação em Psicologia (Mestrado) e Enfermagem (Mestrado) da Universidade Federal de Santa Maria.

**INTRODUÇÃO:** O câncer infantil é uma doença que evoca muitos sentimentos e impacta de forma importante a vida da criança e de sua família. Esta necessita se reorganizar a fim de dispender os cuidados necessários à criança hospitalizada, o que implica lidar com as diferentes rotinas do hospital, com o afastamento do lar, da escola e dos amigos e com os procedimentos invasivos decorrentes do tratamento. Trata-se de uma nova realidade que precisa ser enfrentada.[1] Na vivência de uma doença crônica como o câncer infantil, o impacto emocional e o sofrimento são experienciados por toda a família do paciente. A família e a rede de suporte social compartilham a descoberta do câncer com a criança, sendo que o contexto familiar sofrerá mudanças e todos os membros serão afetados por essa nova situação que se impõe. Assim, estas alterações não ocorrem apenas no cotidiano do paciente, mas no de todos os membros de sua família. Portanto, a experiência de vivenciar uma doença como o câncer implica em uma reorganização. Esta reorganização ocorre a nível pessoal e familiar e nos âmbitos social, orgânico, psicológico, emocional e espiritual.[2] Neste sentido, percebe-se como imprescindível o suporte psicológico a essas crianças e familiares. Em meio a isso, o brincar enquanto terapêutico possui um papel importante no auxílio do enfrentamento da doença e suas consequências. **OBJETIVOS:** O presente trabalho objetiva relatar as atividades desenvolvidas por um projeto de extensão que visa promover saúde a crianças com câncer em internação hospitalar. Ainda, objetiva relacionar os resultados encontrados pela prática do referido projeto com a literatura científica acerca do tema. **METODOLOGIA:** O projeto de extensão tem sua prática realizada em uma brinquedoteca de um hospital público do interior do Rio Grande do Sul. Através do projeto, são atendidas, em média, quinze crianças e adolescentes semanalmente, além de cerca de quinze familiares. As extensionistas são acadêmicas do curso de Psicologia e interagem

com os pacientes através de brincadeiras e jogos, e também por meio do diálogo. As interações ocorrem tanto com as crianças internadas, como com os familiares e acompanhantes que visitam ou acompanham a criança durante a hospitalização. O foco inicial do projeto eram as crianças, porém, proporciona-se a escuta dos sentimentos e angústias dos pais/cuidadores/familiares, pela percepção da demanda existente por parte dos adolescentes/adultos neste ambiente. Utiliza-se da ambientoterapia/ambiência[3], na qual busca-se proporcionar um ambiente saudável, ou seja, desenvolver um espaço que torne o ambiente hospitalar mais agradável e acolhedor. Parte-se da ideia de que um espaço como tal aumenta as chances de uma melhor aderência ao tratamento, bem como uma melhor adaptação às novas rotinas dentro do hospital. As experiências das acadêmicas são registradas em diários de campo, os quais foram utilizados para expor os resultados. Além disso, as acadêmicas participam de grupo de estudos como forma de preparação teórica, bem como de uma supervisão clínica semanal, na qual a prática é avaliada e discutida entre o grupo. **RESULTADOS:** Através da ambientoterapia, torna-se possível uma intervenção diferenciada realizada pelas acadêmicas de psicologia que, mediada pelo brincar, auxilia a criança na elaboração da doença e nos aspectos relacionados a ela (luto, perdas, angústia). Assim, o brincar das crianças pode dispor de um olhar no qual se atentará ao que há de saudável nelas (suas potencialidades) apesar da doença que lhes acomete. Valorizam-se ainda as relações humanas que são estabelecidas nesse ambiente que, dessa forma, pode tornar-se mais familiar e mais próximo à rotina que precisou ser abandonada pelos pacientes e seus cuidadores. Percebe-se que a brinquedoteca é vista pelas crianças e seus familiares como um local acolhedor e mais familiar, além de menos ameaçador, considerando o ambiente hospitalar. As crianças e seus familiares buscam diariamente frequentar a brinquedoteca, por este espaço possibilitar que expressem seus sentimentos e angústias frente à doença e a hospitalização, os quais são acolhidos pelos participantes do projeto. Além disso, observa-se que o lúdico minimiza os aspectos desagradáveis que o hospital evoca na criança, mantendo um vínculo com o mundo externo, que temporariamente teve de ser abandonado devido à doença. Assim, evidencia-se a importância de um espaço de recreação para crianças hospitalizadas, pois torna a situação menos traumatizante.[1] Além disso, a brinquedoteca é entendida como um ambiente de diálogo que minimiza o sofrimento proveniente da enfermidade e suas implicações na vida dos envolvidos. Percebe-se que o desenvolvimento deste espaço acolhedor aumenta as chances de uma melhor aderência ao tratamento, bem como uma melhor adaptação às novas rotinas dentro do hospital. Além disso, através do brincar, possibilita-se à criança acometida pelo câncer ser vista através de suas potencialidades e de sua subjetividade, em um momento no qual se exacerbam suas dificuldades e sua doença física. No que se refere aos pais e familiares, estes podem ser escutados em suas dúvidas, sofrimentos e angústias inerentes à situação de ter um familiar vivenciando uma enfermidade crônica como o câncer infantil. Torna-se clara a necessidade de que os profissionais da saúde considerem, na assistência ao paciente oncológico, também a família como um foco de cuidado,

atentando para seus limites e capacidades de enfrentamento da situação de doença.[4] O fato de as acadêmicas estarem disponíveis para ouvi-los já pode ser considerado um suporte, pois há alguém que se interessa pela história de vida daquela pessoa. Assim, destaca-se a importância em atentar também para a saúde física e psíquica desses pais.[5] Dessa forma, percebe-se a importância da existência e permanência do projeto, na medida em que se observam efeitos terapêuticos com a sua prática. **CONCLUSÕES:** A brinquedoteca configura-se em um local no qual tanto a criança como seus familiares podem realizar atividades que se aproximam de tarefas familiares, antes realizadas e agora impossibilitadas devido à hospitalização. Assim, oferecer este espaço significa oferecer acolhimento, escuta, disponibilidade para interagir, o que, em meio ao ambiente hospitalar, torna-se indispensável enquanto suporte terapêutico. Nesse sentido, através deste ambiente acolhedor, facilita-se a elaboração da doença e de suas repercussões, além do que, tanto os cuidadores como as crianças, ao serem acolhidos em seu sofrimento, tornam-se sujeitos ativos frente à rotina programada e às intervenções impostas pela instituição hospitalar.

**Área temática:** Processos de cuidado.

**Palavras-chave:** hospitalização; criança; neoplasias.

**Keywords:** hospitalization; child; neoplasms.

**Palabras clave:** hospitalización; niño; neoplasias.

**REFERÊNCIAS**

1. Romano BW (Org.) Manual de psicologia clínica para hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.

2. Salci MA, Marcon SS. Enfrentamento do câncer em família. Texto & contexto enferm. 2011; 20: 178-186.

3. Osório LC. Ambientoterapia na infância e adolescência. Porto Alegre: Movimento; 1988.

4. Carvalho CSU. A necessária atenção à família do paciente oncológico. Rev. bras. cancerol. 2008; 54(1): 87-96.

5. Castro EK, Thomas CV. Parentalidade no contexto da doença crônica infantil. In: Piccinini CA, Alvarenga P (Org.). Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012. p. 253-268.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# POTENCIALIDADES E DESAFIOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES RURAIS

# POTENTIAL AND CHALLENGES OF COMMUNITY HEALTH AGENTS IN VIOLENCE AGAINST WOMEN FACING RURAL

# POTENCIAL Y RETOS DE AGENTES DE SALUD DE LA COMUNIDAD EN LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES ANTE LA RURAL

FRITZEN, Angélica1
MEURER, Bruna Cristina2
HEISLER, Eliana Daniela3
DEBONA Iglesi Spironello4
MARION, Leticia5
COSTA, Marta Cocco6

1 Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/CESNORS. Bolsista PET. E-mail: angelicaarboit@hotmail.com
2 Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/CESNORS. E-mail: brunanbv@hotmail.com
3 Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/CESNORS, Bolsista do programa CNPQ do projeto " Violencia contra mulheres rurais na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. E-mail: elianaheisler@yahoo.com.br
4 Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/CESNORS. E-mail: iglesidebona88@hotmail.com
5 Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/CESNORS. E-mail: letimarion@hotmail.com
6 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Orientadora do trabalho. E-mail: marta.c.c@ufsm.br

**INTRODUÇÃO:** Esse resumo busca traçar algumas reflexões acerca da problemática da violência contra mulheres rurais, com enfoque nas ações de cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde. Inicia-se mencionado que a violência é definida como o uso de violência física ou autoridade, em amedrontamento ou no comportamento, contra si próprio, a outro sujeito ou contra a comunidade, que resulte ou possa resultar em aflição, morte, problemas emocionais, crescimento injuriado ou supressão[1]. Desde o começo dos tempos o assunto "violência contra mulher" sempre foi um tabu na vida do sexo feminino,

pois com medo de denunciar, essas agressões, muitas vezes, ficam impunes, ou quando há a denúncia retiram a queixa por medo de seus parceiros. Desse modo, torna-se apenas mais um delito ou crime que não é solucionado, assim arquivado e esquecido. Muitas são as leis feitas direcionadas a elas, mas poucas são devidamente cumpridas como, a Lei 11.340 "Maria da Penha", em que cria uma estrutura que reprime a violência doméstica e familiar contra a mulher e pune os agressores judicialmente[2]. Nesse cenário, o campo da saúde insere-se, pois em muitas situações essa problemática chega até os serviços ou até mesmo aos profissionais, especialmente, aos agentes comunitários de saúde. Esses trabalhadores em saúde tem-se mostrado fundamental no enfrentamento da violência contra mulher, particularmente nos cenários rurais. Isso se justifica, pois estão próximos as famílias, construindo vínculo, e durante a realização da visita domiciliar tem o privilégio de estar mais presentes nas famílias e na comunidade, tendo a possibilidade de presenciar e/ou identificar os casos de violência no espaço doméstico[3]. **OBJETIVO:** A finalidade desse estudo 1é propor uma reflexão, a partir de estudos científicos, sobre as potencialidades e os desafios dos agentes comunitários de saúde no enfrentamento da violência contra mulheres rurais. **METODOLOGIA:** O presente trabalho está vinculado a uma pesquisa intitulada "Análise situacional da violência contra mulheres rurais e as interfaces intersetoriais: a problemática em municípios do sul do Brasil", que busca o desenvolvimento de reflexões que ampliem a visibilidade do problema e a compreensão das situações de violência contra mulheres rurais. Com isso, realizaram-se buscas nas bases científicas de produções relacionadas ao tema, para o embasamento teórico e para compor o arsenal de reflexões que serão descritas a seguir. **RESULTADOS**: A partir das leituras realizadas sobre o tema violência contra mulheres rurais, pode-se identificar que esse tipo de evento está presente em todos os extratos sociais, sendo que o local de maior incidência é o espaço doméstico, em que o parceiro é geralmente o agressor, isso associado, principalmente as desigualdades de gêneros e aos fatores culturais. Ainda permanecem os estereótipos do que é esperado para homens e mulheres, ou seja, ao homem é atribuída a autoridade e a chefia do lar, já da mulher se espera que seja submissa, dependente, vulnerável e frágil, tendo como um dos papéis fundamentais de procriadora, dona de casa e das tarefas domésticas, sem voz e direitos de expressar seus sentimentos e opiniões[3]. Adentrando na reflexão que tangencia esse estudo, destaca-se os elementos potencializadores do cuidado dos agentes comunitários de saúde ás mulheres rurais em situação de violência, sendo eles: a proximidade dos agentes com as mulheres, o diálogo, a escuta ativa/qualificada, o vínculo, o acolhimento, a confiança entre outros. Esses elementos são importantes para o desenvolvimento da atenção às necessidades das mulheres que, muitas vezes, não é trazida ao profissional como uma demanda explícita, mas pode ser desvelada durante o diálogo com a usuária3. Destaca-se a importância do acolhimento e da criação de vínculos do agente comunitário de saúde com as usuárias e a unidade básica de saúde, pois o acolhimento como um componente de interações é fundamental e precisa estar pautado na ética, no sigilo e na postura do profissional ao estar trabalhando com casos de mulheres em

situação de violência[4]. O encontro da mulher rural com o agente de saúde pode transformar-se em fundamento para mudanças, visibilizando e empoderando-a para atitudes de enfrentamento das situações vividas[4]. Entretanto, ainda se tem muitos desafios no campo da saúde para serem superados, em especial, aos agentes comunitários de saúde. Um dos desafios é o reconhecimento dessa problemática como de responsabilidade e de intervenção do setor saúde, não apenas da segurança, da justiça entre outros. Além disso, a invisibilidade desses eventos, a não estruturação de uma rede de atenção[5] e o não reconhecimento do rural como espaço de cuidado, são outros desafios. Com isso, salienta-se que as mulheres rurais são protagonistas de situações singulares a serem reconhecidas como tal, assim como a violência é um diagnóstico singular para o campo da saúde e, muitas vezes, considerada e tratada como externa a esse campo[4]. Assim, menciona-se que o setor da saúde tem um papel fundamental na identificação desses casos, em especial, os agentes comunitários de saúde, pois muitas vezes é o contato primeiro em que as mulheres em situação de violência buscam ajuda e apoio. Compreende-se que é de responsabilidade da equipe de saúde articular políticas, criar vínculos e trabalhar em equipe para buscar soluções significativas para ajudar essas mulheres em situações de violência, a fim de romperem com essas situações. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir das leituras e reflexões traçadas, infere-se que a violência contra mulheres rurais aos poucos está sendo inserida como evento do campo de atuação da saúde, e que os agentes comunitários apresentam um tensionamento mais sensível ao sofrimento dessas mulheres. Isso pode estar atrelado à capacidade dos agentes comunitários de visualizarem essa problemática no cotidiano dos domicílios, e no âmbito social, e não somente na sua centralidade biológica, o que mostra maior responsabilização pelas demandas contextuais e relacionais das comunidades rurais. Também, pontua-se a necessidade de mais estudos enfocando à problemática da violência em cenários rurais e as interfaces com o campo da saúde, a fim de contribuírem para a visibilidade desse agravo como uma necessidade de atenção e de construção de estratégias de enfrentamento.

**Área temática:** Processos de cuidado.

**Descritores:** violência contra mulher; agentes comunitários de saúde; serviços de saúde; saúde rural.

**REFERÊNCIAS:**

1Dahlberg LL, Krug GE. Violência: um problema global de saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva, 11(Sup): 1163-1178, 2007.

2Lei 11.340 “Maria da Penha” de 7 de agosto de 2006. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República, Brasília 2012.

3Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):180-186.

4 Costa MC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(5):1088-1095 www.ee.usp.br/reeusp/.

5Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):2567-2573, dez, 2006

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DO NURSING ACTIVITIES SCORE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

# IMPORTANCE OF THE USE OF NURSING ACTIVITIES SCORE IN THE INTENSIVE CARE UNIT

# IMPORTANCIA DEL USO DE NURSING ACTIVITIES SCORE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

OLIVEIRA, Carla Silveira de1
CAMPONOGARA, Silviamar2
TOLFO, Fernando3
ARBOIT, Éder Luís4
BARBOSA, Mariane da Silva5
COSTA, Letícia Machado da6

1Relatora - Acadêmica do 6° semestre do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: carlasoenf@gmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br
3 Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: fernandotolfo@gmail.com
4 Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGenf- UFSM, Especialista em Educação Profissional na área da Saúde: enfermagem, Saúde Coletiva e da Família; Terapia Intensiva e Gestão Hospitalar. E-mail: eder.arb@bol.com.br
5 Acadêmica do 7° semestre do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: marianebarbosa@live.com
6 Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Email: leticiamc@ibest.com.br

**INTRODUÇÃO:** O aumento do envelhecimento da população ocasiona acréscimo no aumento da complexidade e gravidade das doenças. Em virtude disto, tornou-se necessário a criação das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) compostas por avanços tecnológicos e profissionais da saúde qualificados. Essas unidades de tratamento intensivo atendem a pacientes em estado grave ou de risco que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem constantes[1]. As demandas de assistência, por sua vez, devem ser realizadas por profissionais qualificados, o que resulta em aumento na carga de trabalho, principalmente, de profissionais de enfermagem. A insuficiência de profissionais pode levar a exposição da saúde do cliente, a riscos e ao comprometimento da instituição de saúde com falhas devido à deficiência da qualidade prestada[2]. Tendo em vista a necessidade de um cuidado de

qualidade para pacientes em estado crítico, a utilização de instrumentos que possam avaliar a carga de trabalho de enfermagem é de fundamental relevância, pois a queda na qualidade da assistência pode prolongar o tempo de internação, além de se tornar prejudicial ao paciente. Um dos instrumentos que tem sido utilizado com esse propósito é o Nursing Activities Score (NAS), que mede o quantitativo de tempo gasto pelo trabalhador de enfermagem no cuidado ao paciente critico no decorrer de 24 horas[3]. **OBJETIVO:** Analisar as evidências científicas sobre a importância da utilização do Nursing Activities Score (NAS) para medir a carga de trabalho de profissionais de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **METODOLOGIA:** Para o alcance do objetivo deste estudo optou-se por uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, tipo revisão bibliográfica, visto que possibilita sintetizar as pesquisas desenvolvidas e obter conclusões a partir de um tema de interesse. A presente pesquisa foi realizada por meio de um levantamento bibliográfico nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) no mês de junho de 2013, utilizando as estratégias mostradas a seguir: carga de trabalho *and* enfermagem como palavras *and* UTI como descritor de assunto na base LILACS, encontrando-se 27 publicações e, carga *and* trabalho *and* enfermagem *and* UTI como palavras na base SCIELO, encontrando-se 22 publicações. Não foi estabelecido recorte temporal. Foram encontradas, por meio das combinações, ao total 49 publicações e selecionaram-se nove baseados nos seguintes critérios de inclusão: tratar-se de artigo original; ter resumo completo disponível na(s) base(s) de dados e nos idiomas português, espanhol ou inglês; tratar-se de artigo realizado no Brasil, que se reporte ao objeto e que se associe a questões relativas à utilização do Nursing Activities Score em Unidade de Terapia Intensiva; artigos disponíveis gratuitamente na íntegra, em formato eletrônico na(s) base(s) de dados. Como critérios de exclusão, elencou-se: artigos de revisão, comentários, editoriais, livros, publicações governamentais, teses e/ou dissertações e relatos de experiência. Como ferramenta para a coleta das informações nos artigos selecionados, utilizou-se de um instrumento com as seguintes variáveis: número do documento, autor, título, resumo, resultados e referencia bibliográfica. A análise desses dados é apresentada de modo descritivo-reflexivo. **RESULTADOS:** Os estudos analisados apresentaram em sua totalidade, abordagem quantitativa, e o ano de publicação variou entre 2007 e 2013, o que demonstra que o tema do Nursing Activities Score tem sido abordado com mais frequência atualmente. Verificou-se que seus objetivos centralizaram-se em avaliar a carga de trabalho de enfermagem em UTI pelo instrumento NAS. Paciente internados em UTI, necessitam de alta demanda de cuidado por parte da equipe de enfermagem. Para a designação adequada do numero de trabalhadores de enfermagem em UTI é necessário que ocorra a avaliação da carga de trabalho de enfermagem em adaptada às necessidades de cuidado do exigidos pelo paciente grave. O dimensionamento adequado de uma equipe de enfermagem torna-se mais custoso, e a redução do numero de profissionais desta equipe prejudica a assistência prestada, diminuindo a qualidade e eficácia do atendimento podendo prolongar o tempo de

internação do cliente[4]. A aplicação deste instrumento no cotidiano da UTI torna o processo de trabalho de enfermagem mais criterioso e condizente com as necessidades dos pacientes, tendo em vista a melhoria na qualidade do cuidado, na medida em que auxilia no dimensionamento de pessoal. O número reduzido de trabalhadores em relação ao que seria necessário gera a sobrecarga de trabalho aos profissionais com riscos a saúde do paciente e do trabalhador. A aplicação do instrumento NAS, permite a obtenção de conhecimento prévio dos fatores que estão associados à elevada carga de trabalho de enfermagem. A partir deste conhecimento torna-se possível a elaboração de estratégias que possam minimizar a sobrecarga de trabalho, garantindo a qualidade da assistência e diminuição de riscos a saúde do trabalhador de enfermagem[5]. No entanto há fatores que influenciam na determinação do escore final do instrumento, levando a resultados errôneos. Para que a avaliação do NAS seja eficiente, torna-se necessário a boa qualidade dos registros de enfermagem do paciente nas 24 horas, apresentação do instrumento para a equipe de enfermagem, o conhecimento adequado da aplicação do instrumento e maior divulgação do instrumento por meio de novos estudos[3]. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a utilização do NAS é de suma importância para a excelência da assistência de enfermagem, pois, traz subsídios para a organização do processo assistencial, tanto no que se refere ao dimensionamento de pessoal e medição da carga de trabalho da enfermagem, quanto com relação à qualidade do processo assistencial propriamente dito. Além disso, pode favorecer a assistência ao paciente em UTI, por meio do aumento da qualidade do cuidado prestado e diminuição de riscos a saúde deste, podendo permitir também a diminuição de riscos a saúde do trabalhador de enfermagem, consequentes da sobrecarga de trabalho. A aplicação do NAS deve ser introduzida no cotidiano da UTI, tanto para direcionar o trabalho as demandas dos pacientes, como para auxiliar na administração dos serviços de saúde. Por se tratar de um método atual para medição da carga de trabalho de enfermagem, torna-se necessário a que ocorra maior utilização do NAS em unidades de terapia intensiva para que seja possível a avaliação objetiva desta carga de trabalho, servindo de meio para promover a determinação de recursos humanos de enfermagem.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Carga de Trabalho; UTI.

**KEYWORDS:** Nursing; Work load; ICU.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería; Carga de Trabajo; UCI.

**REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n°. 1.071, de 4 de julho de 2005. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Diário Oficial da União, 08 jun 2005; [acesso em 25 abr 2010]. Disponível: http://www. sobrati.com.br/ms-politica-critico.html

2. CONISHI RMY, GAIDZINSKI RR. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(3): 346-54.

3. QUEIJO AF, PADILHA KG. Nursing activities score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(esp): 1018-25.

4. PADILHA K, SOUSA R, GARCIA P, BENTO S, FINARDI E, HATARASHI R. Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: a pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). Intens. Care Nurs 2011;26(2):108-13.

5. GONÇALVES LA, PADILHA KG. Fatores associados a carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(4): 645-52.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# JUVENTUDE E AS SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

# YOUTH AND THE CONDITIONS OF VULNERABILITY: A THEORICAL REFLECTION

# JUVENTUD Y LAS CONDICIONES DE VULNERABILIDAD: UNA REFLEXIÓN TEÓRICA

MARIANI, Josiane 1
ZANON, Bruna 2
DALEGRAVE, Debora 3
NOGUEIRA, Gabriela de Mattos 4
RESTA, Darielli Gindri 5

1 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM/PM, Bolsista FIPE/Enfermagem, Autora/Apresentadora do trabalho. E-mail: josiane.mariani@hotmail.com.
2Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM/PM, co-autora do trabalho. E-mail: brunazanon@live.com
3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFRGS. Professora substituta da Universidade Federal de Santa Maria. Co-autora do trabalho. E-mail: debora_dalegrave@yahoo.com.br
4 Enfermeira. Especialista em UTI. Professora substituta da Universidade Federal de Santa Maria. Co-autora do trabalho. E-mail: gaby_mnog@hotmail.com
5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFRGS. Professora Adjunta I da Universidade Federal de Santa Maria – CESNORS. Pesquisadora e integrante do Grupo de estudos sobre o cuidado nas várias etapas do desenvolvimento humano (GECEDH/CESNORS). Palmeira das Missões. Rio Grande do Sul. Brasil. Orientadora do trabalho. E-mail:dariellіresta@gmail.com

**Introdução:** Jovem é uma categoria constituída por meninos e meninas que trazem experiências, práticas sociais e estilos de vida distintos, em função das atribuições de gênero, classe social, raça/etnia e as marcas que estas pertenças imprimem à subjetividade de cada um. Essas características contribuem para que a juventude seja considerada uma fase peculiar do desenvolvimento, compreendida dos 15 aos 24 anos idade[1]. Nesse sentido os sujeitos não possuem uma identidade fixa sendo esta construída a partir de múltiplos fatores que vivenciam. A relação entre jovem e vulnerabilidade fica clara no momento em que sua trajetória social influencia no curso de sua vida. As situações de vulnerabilidade podem ser apresentadas de diferentes maneiras, desde a desistência da escola por fatores de violência, até o abuso sexual e contaminação por DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis), pela miséria ou pobreza extrema, desigualdades sociais, necessidade de

algum vínculo empregatício, pela construção do gênero, pela nacionalidade, entre outras[2]. Nesta direção entende-se a vulnerabilidade como um importante instrumento para a transformação das práticas de saúde, possibilitando a articulação entre indivíduo e coletivo, de modo que a saúde é influenciada por processos culturais, sociais e históricos. Nesta perspectiva é necessário analisar a juventude sob o ponto de vista da vulnerabilidade, pois poderá permitir a compreensão das ações dirigidas para essa parcela da população, não somente na área da saúde, mas em diferentes áreas como a assistência social, educação, cultura, justiça e outras tantas que necessitam de uma reestruturação e metodologia para que sejam eficazes. Com a articulação das situações de vulnerabilidade e as questões da juventude vislumbra-se o fortalecimento de ações que sejam dedicadas a promoção dos direitos aos jovens, especialmente as políticas públicas[3]. **Objetivo:** refletir sobre as diferentes situações de vulnerabilidades dos jovens, buscando identificar elementos favoráveis para a construção de políticas públicas de saúde, com base em artigos científicos. **Metodologia:** Trata-se de uma reflexão teórica sobre o tema da juventude e as diferentes situações de vulnerabilidade. Para isso, buscaram-se artigos científicos frutos de pesquisas que trazem elementos atuais para a discussão do tema. A temática foi extraída do projeto de pesquisa **Situação de Vulnerabilidade Programática dos jovens na Atenção Básica de Saúde** que tem como objetivo conhecer e analisar as práticas de cuidado ofertadas pelas unidades de saúde da família aos jovens e as suas interfaces com as situações de vulnerabilidade social. Em um primeiro momento buscou-se nas bases de dados algumas produções científicas utilizando como descritores os termos juventude e vulnerabilidade. Após a busca procedeu-se a seleção dos materiais por meio da leitura e apreciação crítica dos resumos apresentados. Assim, foram analisados os seguintes artigos: GONTIJO, MEDEIROS 2009; LOPES, ADORNO, MALFITANO, TAKEITI, SILVA, BORBA 2008; VILELLA, DORETO 2006; SÁNCHEZ, BERTOLOZZI 2007; JESUS, LIMA, MARTINS, MATOS, SOUZA 2011. **Resultados:** Os estudos apontam como resultados a necessidade de uma nova visão a cerca dos jovens e o ambiente em que estão inseridos, mencionando a existência de muitas e diferentes situações de vulnerabilidade. Desde muito cedo os jovens trabalham para o próprio sustento e da família, precisando sobreviver com o pouco que possuem, diante da miséria que lhes cercam. Em consequência disso, a análise sobre jovens em condições de rua, demonstra múltiplos obstáculos, tanto físicos como psicossociais, que esses indivíduos devem ultrapassar para terem opções adequadas e favoráveis em busca da educação e crescimento profissional. Essas barreiras são vistas quando o direito a cidadania lhes é negado, sendo impedidos de usufruir de educação, cultura, lazer, esporte, saúde, dentre outros[3]. Em relação a análise da temática vulnerabilidade, notou-se sua importância ao relacioná-la com a capacidade, pois através desse olhar as pessoas desenvolvem novas perspectivas estruturadas com o objetivo de crescimento e melhoria nas condições de vida. Segundo os dados observados, este tema supera o marco do conceito de risco, pois este não envolve apenas os jovens, mas também o coletivo, que influencia nas suas relações e práticas diárias[4]. As carências dos jovens não

serão solucionadas apenas com atitudes de cunho físico, mas também com ações dialógicas, para que sejam esclarecidas possíveis dúvidas e curiosidades normais desta fase, sendo a escola e família, os principais meios para que estratégias sejam desenvolvidas e articuladas de forma efetiva[5]. Percebeu-se que as produções científicas afirmam a importância de conhecer as situações de vulnerabilidade dos jovens para ofertar agendas de saúde mais próximas das suas vivências, tornando os serviços de saúde um local atrativo e com capacidade resolutiva para as questões relativas à juventude. **Conclusões:** Com a realização das leituras e compreensão de determinados temas e características sobre o jovem e seu contexto, se faz indispensável à estruturação de novas políticas públicas que valorizem as situações de vulnerabilidade. Assim, as ações podem fortalecer o trabalho em comunidade, buscando um individuo com potencialidades para construir melhorias no seu processo social. Através da utilização de conceitos definidores de juventude e vulnerabilidade, busca-se estreitar a relação entre jovens e instituições de saúde, de modo que estas ofereçam estratégias que sejam realmente efetivas, além de criar e efetivar novas atividades que estejam envolvidas com a promoção da saúde e cidadania. Nesta direção, a enfermagem pode envolver-se com ações promotoras de saúde dentro das equipes de Estratégias de Saúde da Família por meio da criação de vínculos. É notória a necessidade da criação de novos espaços destinados ao atendimento a esse público dentro das unidades de saúde, sendo a capacitação e educação permanente dos profissionais um meio para buscar esses objetivos.

**Área temática:** Processos de cuidado.

**Descritores:** enfermagem, juventude, violência, vulnerabilidade.

**Descriptors:** nursing, youth, violence, vulnerability.

**Descriptores:** enfermeria, juventud, violencia, vulnerabilidad.

**REFERÊNCIAS:**

1- Lopes RE, Adorno RCF, Malfitano APS, Takeiti BA, Silva CR, Borba PLO. Juventude Pobre, Violência e Cidadania. Saúde Soc. São Paulo, v. 17, n. 3, p. 63 – 76, 2008. Disponível em : < http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/08.pdf >. Acesso em: 15 julho 2013.

2- Villela WV, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2467-2472, nv, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/21.pdf >. Acesso em: 15 julho de 2013.

3- Gontijo DT, Medeiros M. Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social. Ciência e Saúde Coletiva, 14(2): 467-475,2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a15v14n2.pdf>. Acesso em: 15 julho 2013.

4- Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Ciência e Saúde Coletiva, 12(2): 319-324. 2007. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a07v12n2.pdf >. Acesso em: 22 julho de 2013.

5- Jesus FB, Lima FCA, Martins CBG, Matos KF, Souza SPS. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2011 jun; 32(2): 359-67. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a21v32n2.pdf >. Acesso em: 22 de jullho de 2013.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO PROFISSIONAL E AS IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM ONCOLOGIA

# SATISFACTION AND DISSATISFACTION PROFESSIONAL AND IMPLICATIONS ON QUALITY OF CARE IN ONCOLOGY

# SATISFACCIÓN DEL DESCONTENTO Y PROFESIONAL Y REPERCUSIONES EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN ONCOLOGÍA

BORDIGNON, Maiara1
TRINDADE, Letícia de Lima2
KESSLER, Marciane3
BERTASI, Luciano Márcio3

1 Graduanda em Enfermagem. Bolsista de IC PIBIC/CNPq/UDESC. Membro do Grupo GESTRA/UDESC. E-mail: may_bord0203@hotmail.com.
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem (UFSC), membro do Grupo de Pesquisa "PRÁXIS: trabalho, cidadania, saúde e enfermagem" (UFSC) e líder do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA/UDESC).
3 Enfermeiro(a) (UDESC), com estágio obrigatório final na Unidade de Oncologia Clínica.

**Introdução:** o trabalho faz parte da vida do indivíduo e ocupa grande parte da existência humana, por isso implica na satisfação e na insatisfação profissional, repercutindo no comportamento profissional, organizacional e social do trabalhador e na qualidade da assistência prestada ao usuário, família e coletividade[1]. O grau de satisfação de um trabalhador pode afetar a harmonia do ambiente e no processo de trabalho, sobretudo nas áreas de assistência aos usuários crônicos e críticos, como no caso da oncologia. Nesse sentido, "o nível de satisfação profissional vem tornando-se fator essencial, determinante e discutível para melhor entendimento do cuidado"2:566. **Objetivos:** diante do exposto, esse estudo objetivou identificar os aspectos/características do trabalho dos profissionais de saúde que permitem a realização de um trabalho com maior ou menor satisfação em uma Unidade de Oncologia Clínica e conhecer como esses profissionais associam os motivos de satisfação com a qualidade da assistência por eles prestada. O cenário da Unidade de Oncologia Clínica foi escolhido intencionalmente considerando os poucos estudos até então existentes neste cenário de saúde, visivelmente crescente nos últimos anos em decorrência das mudanças no perfil epidemiológico de morbidade e, subsequente aumento da demanda por serviços de saúde para tratamento do câncer. Além disso, os profissionais de saúde da oncologia encontram-se diante do forte contato emocional do diagnóstico na perspectiva da

realidade do usuário e família, necessitam de rápida tomada de decisões e detecção de condições clínicas, tratamento, prognóstico, entre outras exigências da assistência oncológica. Ainda, deparam-se cotidianamente com a dor e sofrimento dos pacientes oncológicos, o que pode influenciar a satisfação e a insatisfação dos profissionais de modo direto[3,4]. **Metodologia:** para alcance dos objetivos propostos, percorreu-se o caminho metodológico de pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, considerando o objeto de estudo. Utilizou-se de observação não participante, com uso de diário de campo para registros e entrevistas semi-estruturadas para coleta de dados, para qual utilizou-se um roteiro de questões previamente definido, registradas em gravador mp3 e aplicadas individualmente no local de trabalho dos profissionais, mediante contato anterior. A análise e categorização dos dados obtidos aconteceram à luz das três etapas da Análise Temática proposta por Bardin (2009): pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Neste estudo seguiu-se os seguintes critérios de inclusão: (1) ser profissional de saúde que atua diretamente com pacientes de Unidade da Oncologia Clínica; (2) aceitar participar e ter disponibilidade em participar do estudo; e (3) estar há mais de dois meses no setor. Os critérios de exclusão foram: (1) profissionais que estão em férias ou afastamento do trabalho (licença gestação, por doenças, outros); (2) possuir menos de dois meses de atuação na Unidade investigada; (3) profissionais que desenvolvem outras atividades na Unidade de Oncologia Clínica que não se referem à assistência direta aos pacientes (profissionais dos serviços gerais e limpeza, por exemplo); (4) profissionais que não aceitaram participar da pesquisa e/ou não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) sob protocolo nº 275.106/2013, via Plataforma Brasil, e atendeu aos aspectos legais preconizados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** compuseram a população de estudo, 31 profissionais de saúde da equipe (enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo e técnico em enfermagem) que atua diretamente com os pacientes em Unidade de Oncologia Clínica, setor de internação, em um Hospital Geral da Macrorregião do Oeste de Santa Catarina, Brasil. Na população pesquisada obteve-se predomínio do pessoal de enfermagem (74,19%), o qual compõem a maior força de trabalho na equipe de saúde. Ainda, a maioria dos profissionais é do sexo feminino (90,32%), sobretudo, na equipe de enfermagem, em função de um protótipo histórico e social atribuído as mulheres. Quanto à idade dos profissionais prevaleceu à faixa etária de 30 a 39 anos (38,70%), seguida de 40 a 49 anos (35,48%), 20 a 29 anos e 50 a 59 anos (12,90%). No tempo de formação destacaram-se os profissionais com 6 a 10 anos de formados (48,38%), seguidos dos com 1 a 5 anos (22,58%), 11 a 15 anos (16,12%), 16 a 20 anos (6,45%) e até 1 ano (3,22%). A maioria dos profissionais atua diretamente com os pacientes de Unidade de Oncologia Clínica de a 1 a 5 anos (32,25%), até 1 ano (29,03%), 6 a 10 anos (25,80%), 11 a 15 anos e mais de 15 anos (6,45%); ainda, destes 58,06% referiram não ter escolhido trabalhar na área oncológica e

70,96% dos profissionais de saúde referiu não trabalhar em outro local ou setor concomitantemente ao trabalho em oncologia, muito embora, a partir da observação não-participante percebeu-se que os profissionais de saúde tendem a buscar remuneração extra, embora com vínculo empregatício não fixo. A análise dos achados revelou como fontes geradoras de satisfação dos profissionais de saúde no trabalho em oncologia: o alcance da satisfação do paciente e família, o gostar do que faz e "amor" à profissão, poder contribuir o máximo possível para melhora do paciente, auxiliando-o e prestando cuidados com qualidade, a gratidão dos pacientes, o bem-estar e a qualidade de vida do paciente, a obtenção de resultados positivos na terapêutica antineoplásica e a recuperação do paciente, a harmonia em equipe, a relação de confiança construída com o paciente (relação médico-paciente) e a possibilidade de diminuir o sofrimento do paciente oncológico e sua família. Entre os aspectos do trabalho em oncologia que causam insatisfação nos profissionais de saúde encontraram-se as condições de trabalho, incluindo: baixa remuneração, falta de equipamentos, sobrecarga de trabalho pelo volume excessivo de pacientes e falta de funcionários, cuja uma das repercussões é de não conseguir dar a atenção que seria adequada aos pacientes oncológicos. Também, os profissionais de saúde citaram como fontes de insatisfação: o sentimento de impotência perante alguns quadros clínicos e situações, a perda do paciente (óbito), resposta clínica negativa do paciente ao tratamento, a falta de reconhecimento profissional por parte da instituição, a alta rotatividade do pessoal da enfermagem, o atendimento desumanizado e descomprometido de alguns membros da equipe, o sofrimento do paciente, a desistência do paciente pelo tratamento, a demora nos atendimentos, falhas de encaminhamento na rede de saúde e a falta de condições de permanência do acompanhante na Unidade de Oncologia durante internação do paciente, que normalmente é prolongada. Estes aspectos de satisfação e insatisfação, na ótica da maioria dos profissionais de saúde influenciam de alguma forma na assistência prestada ao paciente e família. Em geral, quando satisfeitos os profissionais sentem-se motivados e dedicam-se na busca de maior qualidade no atendimento. Quando insatisfeitos, a assistência é afetada direta ou indiretamente pelo estresse e pouco tempo disponível para dar a atenção necessária ao paciente em decorrência da sobrecarga de trabalho, ainda, é influenciada pela insatisfação oriunda do sentimento de frustração, tristeza e impotência diante de determinados casos clínicos e situações, muito embora os profissionais relataram tentar não transparecer quando no cuidado ao paciente. Na análise dos achados pode-se perceber que as fontes de satisfação e insatisfação e, subsequentemente as repercussões no cuidado, divergem de profissional para profissional, indo ao encontro das palavras de Dejours[5:24] quando afirma que a causa de equilíbrio de um indivíduo pode ser a causa de fadiga para outros. Isso porque "o trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas, que [...] confere a cada indivíduo características únicas e pessoais". **Conclusões:** observou-se que a Unidade de Oncologia Clínica é uma área com processo de trabalho bem específico, que o

diferencia dos demais setores hospitalares, pela complexidade dos cuidados e pela relação de envolvimento que é exigida entre os pacientes, família e equipe. Assim, os motivos de satisfação e insatisfação no trabalho em oncologia estão relacionados, sobretudo, aos aspectos tangentes à qualidade da assistência e bem-estar do paciente e a sua família. A afinidade e dedicação à profissão, o envolvimento com o tratamento e o desejo de recuperação e carinho pelos pacientes, instigam os profissionais a incorporarem a humanização no cuidado e buscarem alternativas para melhor assistir estes pacientes, embora entre meio a condições insatisfatórias e promovedoras de desgaste no trabalho. Desta forma, a minimização da sobrecarga de trabalho por meio de um número maior de profissionais e melhoria salarial, assim como, assistência ao paciente numa perspectiva multidisciplinar, com suporte psicológico e maior capacitação profissional acerca das especificidades da área oncológica, como quimioterapias e manejo em situações de finitude humana, se mostram como importantes ferramentas para qualificar a assistência em oncologia, bem como recursos para aumentar a satisfação e amenizar a insatisfação no trabalho em oncologia.

**Área temática:** processos de cuidado.

**Descritores:** satisfação no trabalho; oncologia; garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

**Descriptors:** job satisfaction; medical oncology; quality assurance health care.

**Descriptores:** satisfacción em el trabajo; oncología médica; garantia de la calidad de atención de salud.

**REFERÊNCIAS**

1. Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2000; 16 (4): 2145-2154.

2. Regis LFLV, Porto IS. A equipe de enfermagem e maslow: (in)satisfações no trabalho. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59 (4): 565-568.

3. Grandjean E. Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. 327 p.

4. Pereira JP, Rodrigues J, Cunha MJ. Stress, Burnout e Desordens Emocionais em Profissionais de Saúde de Oncologia. In: Actas do 7. Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia; 2010; Portugal. Portugal: Universidade do Minho; 2010. p. 1448-1462.

5. Dejours C. Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1.ed. São Paulo: Atlas; 2013. 145 p.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA ALCANÇAR A SATISFAÇÃO NO TRABALHO EM ONCOLOGIA

# STRATEGIES USED BY HEALTH PROFESSIONALS TO REACH THE JOB SATISFACTION IN ONCOLOGY

# ESTRATEGIAS UTILIZADAS POR PROFESIONALES DE LA SALUD PARA ALCANZAR LA SATISFACCIÓN LABORAL EN ONCOLOGÍA

BORDIGNON, Maiara1
TRINDADE, Letícia de Lima2
KESSLER, Marciane3
BERTASI, Luciano Márcio3

1 Graduanda em Enfermagem. Bolsista de IC PIBIC/CNPq/UDESC. Membro do Grupo GESTRA/UDESC. E-mail: may_bord0203@hotmail.com.
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem (UFSC), membro do Grupo de Pesquisa "PRÁXIS: trabalho, cidadania, saúde e enfermagem" (UFSC) e líder do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA/UDESC).
3 Enfermeiro(a) (UDESC), com estágio obrigatório final na Unidade de Oncologia Clínica.

**Introdução:** a satisfação no trabalho, fenômeno oposto a insatisfação, representa o quanto que o profissional vivencia experiências prazerosas no contexto de sua profissão, tendo merecido cada vez mais destaque por estar sendo relacionada, dentre outras coisas, com a produtividade. Assim, a satisfação dos profissionais é fundamental para o bom desempenho de suas funções no cotidiano de trabalho[1]. Dos nove pressupostos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, uma delas é: "a insatisfação das necessidades leva o indivíduo a não desenvolver o máximo de suas potencialidades", e pode ter implicações familiares e sociais, além das profissionais. Assim, uma equipe satisfeita constrói "um ambiente de trabalho mais saudável [...] capaz de reconstruir no dia-a-dia um cuidado estruturado, planejado e sólido", com excelência[2:567-568]. Nessa perspectiva, percebe-se a importância de se conhecer a percepção dos profissionais de saúde com relação ao seu trabalho e este como fonte de (in)satisfação, particularmente os que atuam em unidades de oncologia por desenvolverem atividades altamente comprometidas emocionalmente, ao mesmo tempo em que oferecem cuidados a uma demanda populacional com características tão específicas, e que, portanto, divergem dos demais setores hospitalares. **Objetivos:** partindo deste referencial introdutório que destaca a satisfação no trabalho como aspecto que influencia na realização pessoal e na qualidade dos cuidados oferecidos pelas equipes

de saúde, o objetivo deste estudo foi identificar quais são as estratégias que os profissionais de saúde que atuam em contato direto com os pacientes em Unidade de Oncologia Clínica têm utilizado para alcançar a satisfação no trabalho. **Metodologia:** para tanto, o percurso metodológico foi de pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Utilizou-se de observação não participante, com uso de diário de campo para registros e entrevistas semi-estruturadas para coleta de dados, com roteiro de questões previamente definido, registradas em gravador mp3 e aplicadas individualmente no local de trabalho dos profissionais, mediante contato anterior. As informações gravadas foram transcritas na íntegra e analisadas mediante a Análise Temática proposta por Bardin (2009), seguindo-se as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Neste estudo seguiu-se os seguintes critérios de inclusão: (1) ser profissional de saúde que atua diretamente com pacientes de Unidade da Oncologia Clínica; (2) aceitar participar e ter disponibilidade em participar do estudo; e (3) estar há mais de dois meses no setor. Os critérios de exclusão foram: (1) profissionais que estão em férias ou afastamento do trabalho (licença gestação, por doenças, outros); (2) possuir menos de dois meses de atuação na Unidade investigada; (3) profissionais que desenvolvem outras atividades na Unidade de Oncologia Clínica que não se referem à assistência direta aos pacientes (profissionais dos serviços gerais e limpeza, por exemplo); (4) profissionais que não aceitaram participar da pesquisa e/ou não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) sob protocolo nº 275.106/2013, via Plataforma Brasil, e atendeu aos aspectos legais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** participaram do estudo 31 profissionais de saúde da equipe que atua diretamente com os pacientes em Unidade de Oncologia Clínica, setor de internação, em um Hospital Geral da Macrorregião do Oeste de Santa Catarina, Brasil, entre enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo e técnico em enfermagem. Dentre as características da população de estudo observou-se predomínio do sexo feminino, idade entre 30 a 39 anos, profissionais com 6 a 10 anos de formação e com tempo de atuação no cuidado direto aos pacientes na Unidade de Oncologia Clínica de 1 a 5 anos. A análise dos achados revelou que estão entre as estratégias utilizadas para alcance da satisfação no trabalho por parte dos profissionais de saúde que atuam diretamente no cuidado aos pacientes da Unidade de Oncologia Clínica: realizar o trabalho na melhor forma possível, dentro de cada situação; atender com equidade; ouvir o paciente; ter bom humor e transmitir alegria aos pacientes, com palavras de conforto e apoio; buscar manter-se motivado e otimista; praticar o acolhimento e a empatia ao paciente e família, ajudar o próximo e "amar" a profissão. Neste contexto, a satisfação profissional acontece num trabalho que é fonte de experiências de relações humanas satisfatórias, cujas características possibilitam afiliação/vinculação e serviço aos outros[3]. Os profissionais citaram ainda entre as estratégias utilizadas: incorporação no dia-a-dia de terapias complementares e atividades de lazer; ter espiritualidade e estrutura emocional fortalecidas;

evitar carregar problemas externos ao Hospital e vice-versa; tratamento pessoal com psicólogo; manter processo de trabalho organizado; buscar aprimoramento/conhecimento técnico-científico e trabalhar em equipe. Os profissionais de saúde citaram, ainda, a estrutura emocional/psicológica fortalecida como estratégia para ter satisfação no trabalho em Oncologia. O trabalho em saúde é um trabalho coletivo que acontece mediante a atuação de diversos profissionais capacitados, permitindo através da execução das diversas atividades a manutenção da estrutura institucional[4]. Nesse sentido, observou-se que estratégias individuais, mas especialmente as coletivas podem se mostrar diferenciadas para promoção da satisfação profissional e, consequentemente para qualidade da assistência prestada. Em oncologia, estas podem se mostrar diferenciadas frente à complexidade e singularidade do cuidado exigido nesse contexto assistencial. Dejours[5:128-140] complementa que "as condutas são fundamentalmente organizadas pelo sentido que os sujeitos atribuem à sua relação com o trabalho", sendo que diferem de um para outro, tão logo contextos de sofrimento e prazer no trabalho, são vivências subjetivas, isto é, "são vividos por qualquer um, de forma que não pode ser, em nenhum caso, a mesma de um sujeito pra outro". Assim, os trabalhadores interpretam situações e suas condições, socializam em atos intersubjetivos, reagem e se organizam mentalmente, afetiva e fisicamente e, por fim, agem sobre o processo de trabalho. **Conclusões:** as estratégias utilizadas para alcançar a satisfação na Oncologia referem-se, na maioria, ao exercer de um trabalho que auxilie o paciente, tanto tecnicamente quanto psicologicamente, com o intuito de oferecer cuidados com qualidade a estes pacientes, geralmente carentes, vulneráveis e, dependendo do caso, com prognóstico pouco positivo. Sabendo que a melhora e o bem-estar do paciente são dois dos principais motivos de satisfação da equipe de saúde na Unidade de Oncologia, fica evidente que incorporar ações humanísticas que promovam estes dois aspectos, são estratégias que permitem o alcance da satisfação no trabalho em Oncologia. O fato de atuar com pessoas que perpassam momentos difíceis no tratamento do câncer e suas implicações, que por vezes, caminha para finitude, fazem com que os profissionais repensem as próprias dificuldades pessoais, o sentido e valores da vida, o que retoma a satisfação a partir da empatia e acolhimento dos pacientes e famílias que assistem. Para tanto, destaca-se a importância de um suporte psicológico profissional e/ou atividades de canalização que permitam ao profissional manejar a insatisfação e o estresse gerados num contexto, também, de sofrimento, dor e perdas, na busca por maior satisfação no trabalho, realização pessoal e qualificação no atendimento prestado.

**Área temática:** processos de cuidado.

**Descritores:** satisfação no trabalho; oncologia; estratégias; pessoal de saúde.

**Descriptors:** job satisfaction; medical oncology; strategies; health personnel.

**Descriptores:** satisfacción em el trabajo; oncología médica; estrategias; personal de salud.

**REFERÊNCIAS**

1. Siqueira MM. Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico de gestão. Porto Alegre: Artmed; 2008.

2. Regis LFLV, Porto IS. A equipe de enfermagem e Maslow: (in)satisfações no trabalho. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59 (4): 565-568.

3. Morin EM. Fator humano: os sentidos do trabalho. *RAE Executivo.* 2002; 1 (1): 71-75.

4. Leopardi MT et al. (Org). O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros; 1999. 176 p.

5. Dejours C. Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1.ed. São Paulo: Atlas; 2013. 145 p.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# SIGNIFICADOS RELATIVOS À EXPERIÊNCIA DE NASCIMENTO E PARTO ASSISTIDOS POR PARTEIRAS TRADICIONAIS, EM ÂMBITO DOMICILIAR

# MEANINGS RELATED TO THE EXPERIENCE OF CHILDBIRTH AND DELIVERY ASSISTED BY TRADITIONAL BIRTH ATTENDANT SIN THE HOUSEHOLD

# SIGNIFICADOS RELACIONADOS CON LA EXPERIENCIA DEL PARTO Y EL PARTO ASISTIDO POR PARTERAS TRADICIONALES EN EL HOGAR

BLAU, Ana Carolina1
LINCK, Caroline de Leon2

1Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul - UFSM /CESNORS. Relatora/Autora do trabalho. E-mail: karolina.js@hotmail.com
2Professora Msc. Em Enfermagem do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – CESNORS Campus Palmeira das Missões. Orientadora do trabalho.

**Introdução:** Desde o início da graduação o TCC pareceu-me ser um desafio. E toda vez que o assunto era levantado, as minhas expectativas em relação ao mesmo aumentavam. Porém, com o passar dos semestres, as dúvidas foram sendo esclarecidas e, ao mesmo tempo, procurava pensar em temas que eu tivesse afinidade e que fossem proveitosos para minha formação e futura atuação como enfermeira. Foi no sexto semestre do curso que decidi qual a temática que iria seguir decisão que foi firmada através da disciplina Enfermagem no Cuidado à Mulher, Criança e Adolescente. Isso se deu porque sempre tive interesse nessa temática, em especial na área da enfermagem à saúde da mulher e, em destaque, aos aspectos reprodutivos, no que se inclui o parto. No contexto do parto, passei a me interessar pela história das parteiras, o que teve origem no momento em que me dediquei a conhecer a história de minha avó materna, descendente de alemães. Nessa história, destacavam-se os nascimentos em casa, auxiliados por parteiras. Então, passei a me questionar: quem eram essas parteiras e as práticas usadas na arte de partejar? Em uma conversa, com minha avó, fui surpreendida ao saber que sua mãe, minha bisavó, havia sido parteira e auxiliava nos partos das mulheres de seu círculo de convivência, na região norte do Rio Grande do Sul. Na trajetória histórica, narrada pela minha avó, contou-me que ela estava designada, por uma tradição familiar, a seguir o ofício de sua mãe. Deveria ser parteira. O ofício de parteira era perpetuado de geração a geração em nossa família. Porém, por circunstâncias da vida, ela só a acompanhou, em alguns partos, até os nove anos de

idade. Tal questão me deixou intrigada, com desejo de aprofundar conhecimentos em relação à história do parto e das parteiras na região em que também nasci. Fiquei me questionando: "Quem eram essas pessoas? Qual o papel social no contexto em que viviam? Que práticas desenvolviam? Que filosofia as guiavam? Quais os significados da sua atuação, para as mulheres e famílias que eram, por elas, auxiliadas no processo de nascimento de seus filhos? "Foi, então, em discussões com a orientadora deste projeto de pesquisa que decidiu-se, de forma compartilhada, em razão de interesses em comum, que a temática de meu TCC seria relacionada às parteiras, mais especificamente relativa à assistência ao nascimento realizada por parteiras tradicionais, em âmbito domiciliar. Neste projeto entende-se por parteiras tradicionais aquelas mulheres que praticavam o ofício de auxiliar no nascimento, tendo-o aprendido de forma informal, em geral com outras mulheres. Na perspectiva do interesse por essa temática, cabe salientar que o modelo de assistência à saúde no Brasil durante seu desenvolvimento sofreu processo de transformação e fragmentação, tornando-se, no decorrer da primeira metade do século XX, curativo, médico centrado e hospitalar, o que exerceu forte impacto sobre o modelo de políticas de assistência ao parto, em particular[1]. No cenário mundial, coexistem, na atualidade, três modelos de atendimento obstétrico, cada um deles caracterizado por 12 diferentes princípios. Esses modelos, – o tecnocrático, o humanístico e o holístico, podem ser encontrados em estado puro ou mesclado, [2] dependendo do país, do profissional e do contexto sociocultural em que se desenvolvem[2]. A construção da obstetrícia moderna pautou-se no modelo tecnocrático de assistência ao parto, encontrando consolidação quase que absoluta no Brasil, pois o mesmo estava extremamente vinculado ao paradigma curativo e hospitalar da biomedicina, coadunando-se perfeitamente com o modelo moderno de obstetrícia[1]. Anterior à consolidação desse modelo, que se tornou hegemônico, o parto ocorria em âmbito domiciliar e sem intervenção, sendo que, por longo tempo, foi uma prática comum, considerada normal pela sociedade. Porém, a partir do século XX, a medicina, pautada pelo paradigma biomédico, no qual predominavam as concepções do modelo tecnocrático de atenção ao nascimento, transforma o parto de um evento fisiológico em um acontecimento patológico, que necessita na maioria das vezes, de tratamento medicamentoso e cirúrgico, predominando a assistência hospitalar, que o institucionaliza[3]. Nessa lógica surge a obstetrícia moderna, que leva o nascimento para o interior dos hospitais, expulsa as parteiras da cena do parto e aliena as mulheres desse momento de suas vidas. Assim, até meados do século XIX, na Europa, e XX, no Brasil, a prática de partejar era realizada normalmente entre mulheres, constituindo-se em um ato feminino, em que o conhecimento e a sabedoria eram transmitidos de uma mulher para outra, especialmente em relação aos cuidados com si mesma e com o recém-nascido. Apesar de ser inegável a contribuição da atenção médica à saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e das crianças recém-nascidas, em razão das concepções e sustentam essa atenção, os índices de parto vaginal e a humanização na assistência, ao longo do tempo, reduziram-se. Em vista desse quadro, atualmente, na tentativa de diminuir as altas taxas de cesarianas no Brasil e

em busca de resgate por um nascimento humanizado, o Ministério da Saúde vem construindo políticas públicas para esse fim. Nesse sentido, em 2000 foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento[4] e em 2000 o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, que visava diminuir a morbimortalidade materna e neonatal e, ainda, qualificar e humanizar a assistência obstétrica e neonatal[5]. No contexto do norte do Rio Grande do Sul, a substituição das parteiras pela assistência médica no nascimento também ocorreu, porém um pouco mais tarde, pois se tem notícias de partos assistidos por parteiras até meados dos anos setenta. Cabe ressaltar que em pequeno município de nossa região, emancipado na década de 1980, é bastante frequente a população referir-se ao antigo trabalho das parteiras, tendo inclusive música classificada em festival de canções nativistas cuja temática homenageia essas mulheres. Frente a esses fatos e visando resgatar a história da assistência ao nascimento no cenário do norte do Rio Grande do Sul, bem como subsidiar futuros planejamentos relativos à atenção ao nascimento no norte gaúcho, este projeto é norteado pelas seguintes questões de pesquisa: Como se dava a assistência ao parto por parteira até meados da década de 1970 em pequeno município do norte do Rio Grande do Sul? Quais os significados da experiência de ser cuidada no domicílio, por ocasião do nascimento, por parteiras tradicionais?" **Objetivos:** Frente a essa questão, o estudo terá os seguintes objetivos: Resgatar a história da assistência ao nascimento no cenário do norte do Rio Grande do Sul; Conhecer os significados da experiência de ser assistida por parteira tradicional por ocasião do nascimento dos filhos em âmbito domiciliar. **Metodologia:** Em razão de seu objetivo a pesquisa será do tipo qualitativa exploratória descritiva. O **sujeitos do estudo** serão mulheres que tiveram pelo menos um filho dos seus partos assistidos por parteiras tradicionais no domicilio, ate por volta da década de 1970, com qualquer nível educacional e que tenham possibilidade legal de expressar sua vontade de participar do estudo. Como instrumento de coleta de dados utilizar-se-á de entrevista gravada, com uma questão aberta, através de visita domiciliar. **Resultados:** Por ser uma nota prévia, ainda não estão disponíveis os resultados. **Conclusão:** Com o desenvolvimento do presente estudo pretende-se resgatar a história da assistência ao nascimento no RS e ainda conhecer os significados da experiência de ser assistida por parteira tradicional no âmbito domiciliar.

**Área temática:** Processo de cuidado

**Descritores:** Cuidado de enfermagem, Parteira leiga, Parto, Assistência ao Parto, Nascimento.

Nursing care, Midwife lay, Parturition, Maternity Care, Birth.

Cuidados de enfermería, Partera poner, Parto, Asistencia a parto, Nacimiento.

**Referências:**

1. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

2. Davis FR. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. International Journal of Gynecology and Obstetrics, v. 75, s. 1, p: S5-S23, 2001.

3. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 98 – 104, mar. 2007.

4. Brasil, Ministério da Saúde. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000.

5. Brasil, ministério da saúde. Parto e nascimento domiciliar assistido por parteiras tradicionais: o Programa trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

# GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM UMA ESF: UM RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM

# ADOLESCENT PREGNANCY IN A FAMILY HEALTH STRATEGY: A REPORT OF ACADEMIC EXPERIENCE OF NURSING

# EMBARAZO ADOLESCENTE EN UNA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR: UN INFORME DE LA EXPERIENCIA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA

BLAU, Ana Carolina1
LINCK, Caroline de Leon2
QUINTANA, Julia de Moura3
GOMES, Iris Elizabete Messa4
BORTOLI, Vanessa da Silva5
DAL PAI, Sandra4
DAANDELS, Nadieli4
BASSANELLA, Thaís Cristiane Welter6

[1] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões. Relatora do trabalho. E-mail: karolina.js@hotmail.com
2Professora Dda. Em Enfermagem do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Orientadora do trabalho
3Enfermeira. Professora Msc. Em Enfermagem do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.
4Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões.
5Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem.
6 Enfermeira da Estratégia da Saúde e da Família V Palmeira das Missões – RS.

**Introdução:** Em nosso país o tema referente à saúde reprodutiva feminina tem ganhado muita relevância entre os gestores, pesquisadores e a sociedade, pois trata-se de uma temática de suma importância para o seguimento das políticas públicas e populacionais para o desenvolvimento socioeconômico[1]. O percentual de fecundidade no Brasil vem apontando declínio desde a década de 70, determinando assim um impacto relativo à estrutura etária em nosso país. As principais causas destas estatísticas estão associadas à mudança de estilo de vida das mulheres no contexto social atual, no âmbito reprodutivo, na sua crescente participação no mercado de trabalho e ainda da utilização de métodos contraceptivos, ocasionando assim um menor número de filhos. No entanto, entre as

mulheres adolescentes (idade entre 12 e 18 anos) vem ocorrendo um percentual de fecundidade diferenciado dos demais grupos etários[1]. Dados referentes à gravidez na adolescência evidenciam o estridente aumento entre esse grupo, quando comparado aos de mulheres adultas, principalmente em países mais pobres como os da América Latina[2]. Durante essa etapa da vida os adolescentes passam por diversas modificações biopsicossociais, principalmente relacionadas ao amadurecimento sexual, à busca pela identidade adulta e pela autonomização perante seus pais. Desta maneira, a gravidez neste período da vida pode apresentar consequências negativas no desenvolvimento e também na relação entre os envolvidos na situação[2]. O aumento dos índices de gravidez na adolescência pode estar associado a diferentes causas variando de país para país. Em meio à complexidade de fatores de risco para avaliar este assunto, enfatizam-se os relacionados aos aspectos socioeconômicos. Embora o fenômeno abordado seja crescente em todas as classes sociais, está intimamente ligado às questões relacionadas pobreza, o baixo nível de escolaridade e a baixa faixa etária para a gravidez também história materna de gestação na adolescência. Como também a diminuição global para a idade média da menarca e para a primeira relação sexual compondo o cenário de risco que contribuem para o aumento dessas taxas[2]**.** Atualmente os serviços de saúde e a adolescência encontram-se afastados, exemplo desse cenário é a oferta dos métodos contraceptivos em geral que estão situados na rede pública em especial na atenção básica, no campo do planejamento familiar, saúde reprodutiva e, gravidez. O planejamento familiar e o atendimento ao pré-natal são as principais portas de entrada para as questões a saúde sexual e a saúde reprodutiva nos serviços[4]**.** **Objetivos**: pretende-se neste estudo relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem frente à realidade da gravidez na adolescência em uma ESF. **Metodologia:** Este trabalho surge a partir das experiências vivenciadas por acadêmicas de enfermagem durante o desenvolvimento de atividades teórico/práticas em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município da região norte do Rio Grande do Sul, durante a disciplina de Estágio Supervisionado I, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Tais atividades ocorreram no período de junho a julho do decorrente ano com duração de 210 horas. Durante as atividades, as acadêmicas desenvolveram todas as funções que são de atribuição do enfermeiro. Para registro das ações, foi utilizado um diário de campo, que serviu de instrumento para auxiliar na Sistematização da Assistência de Enfermagem e posterior construção de trabalhos sobre esta temática. A partir de discussões com a enfermeira e equipe de saúde e da observação do grande número de gestantes adolescentes nesta unidade surgiu o interesse em desenvolver este estudo. Portanto trata-se de um relato de experiência, sistematizado a partir da vivência de acadêmicas de enfermagem. **Resultados:** Durante a realização das atividades foram vivenciadas situações relacionadas à reprodução sexual na adolescência, resultando na estruturação de duas categorias empiricamente: *Categoria I: Políticas Públicas voltadas para o público adolescente:* Durante as práticas de estágio na ESF, foi possível identificar o frágil vinculo existente entre os adolescentes e o

serviço de saúde. Pois as políticas públicas existentes aos adolescentes não favorecem a inserção destes nos serviços de saúde. Além disso, existe uma descontinuidade na linha de cuidado aos adolescentes na ESF, pois esses iniciaram sua trajetória na rede de atenção a saúde antes mesmo de nascer durante a realização do pré-natal das mães, mantendo-se vinculados a ESF durante a infância, no acompanhamento de puericultura, no entanto na adolescência encontra-se uma lacuna nesta linha, de certa forma eles acabam desassistidos até que atinja a faixa etária considerada adulta, ou que seu estilo de vida o impõe, fazendo com que ultrapasse uma fase da sua vida, no caso a adolescência para a adulta. A inserção de adolescentes e jovens nas políticas de saúde, principalmente as voltadas à saúde reprodutiva, exige novos questionamentos sobre a realidade destes indivíduos[1]. Desta forma tais questionamentos deveriam ser direcionados e realizados diretamente ao público alvo, sendo ele os adolescentes respeitando e apreciando a sua visão, a sua opinião referente à temática, promovendo a capacidade e a participação social. A saúde sexual e reprodutiva possui importante papel na construção de igualdade e gênero no desenvolvimento da autonomia dos adolescentes[1]. Desta forma tais questionamentos deveriam ser direcionados e realizados diretamente ao público alvo, sendo ele os adolescentes respeitando e apreciando a sua visão, a sua opinião referente à temática, promovendo a capacidade e a participação social. A saúde sexual e reprodutiva possui importante papel na construção de igualdade e gênero no desenvolvimento da autonomia dos adolescentes[1]. Gênero e igualdade são essenciais para a formação de indivíduos saudáveis e responsáveis; *Categoria II: Adolescentes em situação de vulnerabilidade vivenciam a maternidade de forma* positiva: Nesta categoria evidenciou-se o explícito desejo a maternidade para a maioria dos atendimentos realizados a gestantes adolescentes. Foi possível ainda observar que o desejo da maternidade e da constituição de uma família é encarado como projetos de vida para as mesmas. Nos debates sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, a gravidez na adolescência apresenta-se como um assunto polêmico e controverso, pois é considerada uma situação de risco, que pode desestruturar a vida do adolescente e também um determinante na reprodução do ciclo da pobreza das populações, impossibilitando muitas vezes a continuidade dos estudos e a inserção no mercado de trabalho[3]. Porém, para muitos adolescentes este tema não é considerado uma dificuldade, e sim visto como um projeto de vida adulta, predominando uma visão adultocêntrica. A gravidez na adolescência está relacionada a situações de vulnerabilidade social, falta de informações, acesso aos serviços de saúde e ao baixo status de mulheres adolescentes em relações sociais, principalmente entre as pobres e negras. No entanto, reconhecer que a gravidez é um fato desejado por muitas adolescentes, não diminui a importância das políticas de contracepção, pois se trata de garantir que a escolha aconteça em momento desejado e planejado por elas[3]. Salienta-se que a pobreza e as dificuldades de constituição de projetos de vida na adolescência e na juventude em nosso país estão fortemente relacionados aos fatores estruturais das reais condições de vida da população e a um contexto amplo de dificuldade de acesso aos direitos constituídos. Sendo assim, os direitos reprodutivos de adolescentes, devem ser

assegurados, para isso as informações, os métodos e os serviços, assistências ao pré-natal ao parto e ao puerpério devem ser garantidas para que a gravidez possa ser desejada, planejada e de modo saudável[3]. Desta forma, o planejamento da assistência deve direcionar seu foco na promoção da saúde e não somente nos riscos da gravidez na adolescência. Debater a gravidez na adolescência com indivíduos que vivenciam situações de pobreza supera a identificação de riscos, justamente por já conviverem com riscos relacionados à baixa condição socioeconômica. Faz-se necessário conhecer uma teoria que seja capaz de avaliar a real complexidade da gravidez a esses adolescentes que vivenciam o risco constantemente[2]. As adolescentes encaram a gravidez como uma forma de ascensão social e transição para a vida adulta, adquirindo, assim, autonomia e estima das pessoas da comunidade e tornando a maternidade o foco central de suas vidas. Porém a experiência da maternidade faz com que as adolescentes se afastem dos estudos e interrompam etapas da adolescência devido à exigência e as necessidades do filho. **Conclusão:** A partir da experiência vivenciada foi possível verificar que a gravidez na adolescência é um fenômeno associado a diferentes fatores, entre eles, o desejo pela maternidade como projeto de vida, bem como a condição econômica na qual os adolescentes estão inseridos, aumentado à vulnerabilidade dos mesmos. Em virtude disto, é necessária a inclusão dos adolescentes nas políticas públicas de saúde, principalmente naquelas direcionadas à saúde sexual e reprodutiva, respeitando os seus direitos e sua inserção nos serviços de saúde com destaque à Atenção Básica. A gravidez na adolescência compõe um desafio para as políticas públicas e salienta questões referentes sobre o problema, disponibilizando aos adolescentes subsídios para que possam viver sua sexualidade de forma integral e com planejamento, seja de concepção ou anticoncepção, na totalidade da promoção de saúde.

**Área temática:** Processo de cuidado.

**Descritores:** Gravidez na adolescência; Cuidado pré-natal; Enfermagem.

**Descriptors:** Pregnancy in Adolescence; Prenatal Care; Nursing.

**Descriptores:** Embarazo en Adolescencia; Atención Prenatal; Enfermería.

**Referencias:**

1 Brasil. Saúde Reprodutiva: Gravidez, Assistência Pré-Natal, Parto e Baixo Peso ao Nascer. Saúde Brasil 2004 – Uma análise da situação de saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/ MS. Acessado em: 26/07/13.

2 Cerqueira SE , Paludo SS, Schirò BED, Sílvia HK. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 73-85, jan./mar. 2010.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 56 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

4 Gurgel MGI, Alves MDS, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Barroso GT. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 dez; 12 (4): 799-05.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# VIVÊNCIAS EM GRUPO DE APOIO A MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

# EXPERIENCES IN GROUP SUPPORT FOR WOMEN WITH BREAST CANCER, AN EXPERIENCE REPORT

# EXPERIENCIAS EN EL GRUPO DE APOYO PARA MUJERES CON CÁNCER DE MAMA, UN RELATO DE EXPERIENCIA

FRÖHLICH, Mariana1
CRUZ, Cibele Thomé da2
BENETTI, Eliane Raquel Rieth3
STUMM, Eniva Miladi Fernandes4

1 Enfermeira graduada pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: mariana.frohlich@bol.com.br
2 Enfermeira graduada pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.
3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Especialista em Urgência, Emergência e Trauma e em Nefrologia Interdisciplinar. Hospital Unimed Noroeste/RS. Docente hora/aula do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.
4Enfermeira, Mestre em Administração, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

**Introdução:** Os grupos de apoio surgem na tentativa de dar suporte às pessoas que vivenciam alguma necessidade. Neste contexto, os grupos podem estar inseridos onde se evidencia sofrimento, doenças, desequilíbrios e fragilidade social. Dessa forma, diante da demanda cada vez maior de pessoas com câncer de mama foram criados diferentes grupos de apoio em diversas regiões, para dar suporte a essas mulheres. Considera-se que receber o diagnóstico de uma enfermidade como o câncer é traumatizante, tanto para o paciente quanto para o familiar, e estes buscam além do tratamento tradicional, conforto e apoio da equipe de saúde e de outras pessoas que já experenciaram essa situação. Dentre os grupos da região noroeste do Rio Grande do Sul, o Grupo Renascer de apoio às mulheres com câncer de mama está localizado no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) de um hospital geral desta região do estado. Ele se caracteriza por ser um grupo de apoio que propõe reuniões mensais às pessoas que precisem de um lugar para se sentir compreendidas e acolhidas, independente de sua condição de saúde e fragilidade. Entende-

se a importância dos grupos de apoio que assistem mulheres acometidas pelo câncer de mama, pois eles proporcionam informações sobre a doença, prevenção e suporte além de trazer esperança para o enfrentamento do problema[1]. Ainda, a maioria dos grupos é constituída pelas próprias mulheres que estão passando, juntas, pela mesma situação. Nesse sentido, é necessário que o enfermeiro preste apoio às famílias durante o processo de adoecer juntamente com os demais profissionais da equipe, para que juntos possam fortalecer suas ações no sentido de trocarem experiências e prestarem o cuidado adequado às particularidades de cada paciente[2]. **Objetivos:** Descrever e discutir a cerca da experiência vivenciada em um grupo de apoio a mulheres com câncer de mama. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido a partir da vivência como estudante de enfermagem, durante cinco meses, em um grupo de apoio a mulheres com câncer de mama no CACON de um hospital geral. **Resultados:** No transcorrer do curso de graduação em Enfermagem foi oportunizada a participação em um grupo de apoio a mulheres com câncer de mama, o qual visa promover um espaço de convivência, reflexão e acompanhamento à mulher acerca dos cuidados e necessidades humanas afetadas antes, durante e após o tratamento para o câncer de mama. O trabalho desenvolvido por esse grupo abrange a macrorregião missioneira, com encontros periódicos a cada 20 dias e, surgiu da necessidade de proporcionar um espaço para as pacientes compartilharem suas experiências, seus sentimentos em relação ao tratamento quimioterápico ou radioterapia, aos seus efeitos colaterais, cirurgia, entre outras questões que emergem no decorrer do cuidado. A inserção e a participação no grupo ocorreu por cinco meses. No decorrer deste período foi oportunizado o acompanhamento dos encontros do grupo, o (re)conhecimento de suas integrantes, cada uma com suas particularidades, a interação com elas, a escuta de seus depoimentos quanto a doença e aos tratamentos realizados, bem como os sentimentos experienciados e as ações que cada desenvolveu a fim de enfrentar essa situação, por vezes considerada estressora. Os encontros aconteceram em uma sala privativa e eram coordenados pelo psicólogo, com a participação da enfermeira e da fisioterapeuta do CACON e, normalmente participavam dos encontros 15 mulheres. Trata-se de um grupo aberto, do qual qualquer mulher com câncer de mama pode participar, tanto aquelas que recém foram diagnosticadas quanto aquelas que continuam em tratamento por maior tempo. As integrantes do grupo têm liberdade de frequentarem conforme suas necessidades e pelo tempo que desejarem. Os temas abordados durante as reuniões do grupo foram propostos pelos coordenadores, sendo consideradas as sugestões das participantes. Quanto à temática abordada nesses momentos, um estudo que buscou compreender as situações vivenciadas por mulheres com câncer de mama que participavam de um grupo de apoio, mostrou a importância de orientar a paciente antecipadamente ao tratamento de quimioterapia e sobre a sua inserção em um grupo de apoio, como forma de enfrentamento[3]. Como as mulheres passam por diferentes períodos de adaptação até aceitarem o câncer de mama, a oportunidade de participar de um grupo de apoio, com o intuito de partilhar experiências com outras mulheres que estão vivenciando as mesmas situações, pode trazer benefícios a

elas[4]. Esses grupos, quando pautados no acolhimento, no afeto, no respeito, na aceitação das individualidades e reconhecimento do valor de cada uma possibilita o desenvolvimento da responsabilidade coletiva em relação à saúde[4]. Assim, o grupo se torna um espaço que vem para fortalecer a autoestima e a vontade de viver das mulheres, estimula a socialização e a troca de vivências, favorece o autoconhecimento e prepara as mulheres para o cotidiano a ser vivido. O grupo possibilita também aos profissionais se aproximar da comunidade, propiciando momentos educativos, contribuindo para a promoção e melhoria da qualidade de vida. Em pesquisa que objetivou discorrer sobre a relevância do grupo de apoio como modalidade de intervenção no processo de reabilitação psicossocial de mulheres mastectomizadas, mostrou que o grupo de apoio tem o intuito de oferecer um espaço no qual as participantes discutem situações relacionadas ao enfrentamento do câncer de mama, compartilham sentimentos, dúvidas sobre a doença e tratamento, recebem cuidados e apoio de outras mulheres e de profissionais que podem compreender e ajudar na discussão das dificuldades[5]. O grupo promove um ambiente que favorece o suporte social, compartilhamento de experiências, desenvolvimento de habilidades para enfrentamento de situações difíceis, educação, informação e discussão de questões existenciais, sendo reforçada a possibilidade das mulheres recuperarem o controle de suas vidas. Além disso, também favorece e incentiva a adoção de atitudes positivas frente às adversidades. **Conclusão:** A inserção da acadêmica neste espaço permite inferir que participar de um grupo de apoio contribui satisfatoriamente em diferentes aspectos para as mulheres com diagnóstico de mama câncer de mama. Além disso, este é um momento importante para profissionais e acadêmicos de cursos da saúde conhecer melhor essas pacientes e auxiliarem as mesmas no autocuidado e no enfrentamento das situações vivenciadas. Nesse contexto, as atividades grupais instrumentalizam os acadêmicos para sua posterior atuação nesses espaços e contribuem no sentido de qualificar a assistência as mulheres com câncer de mama.

**Área temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Grupos de Autoajuda; Neoplasias da Mama; Enfermagem.

**Descriptors:** Self-Help Groups; Breast Neoplasms; Nursing.

**Descriptores:** Grupos de Autoayuda; Neoplasias de la Mama; Enfermería.

**Referências:**

1. Simeão SFAP, Landro ICR, Conti MHS, Gatti MAN, Delgallo WD, Vitta A. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. Rev Ciênc Saúde Coletiva

[Internet]. 2013 [acesso 2013 Jul 20];18(3):779-88. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/24.pdf

2. Simon BS, Budó MLD, Garcia RP, Gomes TF, Oliveira SG, Silva MM. Rede de apoio social à família cuidadora de indivíduo com doença crônica: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [acesso 2013 Jul 20];7(5):4243-42. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4181/pdf_2645

3. Funghetto SS, Terra MG, Wolf LR. Mulher portadora de câncer de mama: percepção sobre a doença, família e sociedade. Rev Bras Enferm [Internet]. 2003 [acesso 2013 Jul 20];56(5):528-32. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n5/a12v56n5.pdf

4. Fabbro MRC, Montrone AVG, Santos S. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. Rev enferm UERJ [Internet]. 2008 [acesso 2013 Jul 20];16(4):532-7. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a13.pdf

5. Santos MA, Prado MAS, Panobianco MS, Almeida AM. Grupo de apoio a mulheres mastectomizadas: cuidando das dimensões subjetivas do adoecer. Rev SPAGESP [Internet]. 2011[acesso 2013 Jul 20];12(2): 27-33. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v12n2/v12n2a04.pdf

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO DE ENFERMAGEM ACERCA DOENÇA MENTAL: IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO

# TRENDS OF PRODUCTION OF NURSING ABOUT MENTAL ILLNESS: IMPLICATIONS IN EVERYDAY

# TENDENCIAS DE LA PRODUCCIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE ENFERMEDAD MENTAL: IMPLICACIONES EN TODOS LOS DÍAS

ELY, Gabriela Zenatti1
TERRA, Marlene Gomes2
FREITAS, Fernanda Franceschi de3
SILVA, Adão Ademir da4
SOUZA, Lotario de5
LIED, Ricardo Germano6

1Enfermeira Mestranda do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email:gabii_ely@yahoo.com.br
2Enfermeira Doutora docente do Departamento e Pós Graduação em Enfermagem da UFSM.
3Enfermeira Mestre em enfermagem no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) da UFSM.
4Enfermeiro Mestre em enfermagem, enfermeiro assistente no HUSM da UFSM.
5Acadêmico do 7º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM.
6Enfermeiro assistente no Hospital Universitário de Santa Maria da UFSM.

**Introdução:** A Reforma Psiquiátrica brasileira (2001) propõe o tratamento em saúde mental no modelo de reabilitação psicossocial. Essa estratégia singularizada possibilitaria, por meio de um processo 'técnico', a reintegração do sujeito no seu contexto social. A escuta sensível, individual ou coletiva, é uma atitude relevante do enfermeiro capaz de promover acolhimento à pessoa que necessita de cuidado. O desafio é abranger essa escuta, valorizando o sujeito e potencialidades para contribuir com sua terapêutica[1]. A prática baseada em evidência é uma estratégia que pode contribuir para a consistência da fundamentação acerca do cuidado em saúde mental. Para tanto, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: quais as tendências da produção de enfermagem acerca da doença mental? E, como objetivo: analisar as tendências da produção de enfermagem acerca da doença mental nos serviços de saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, pois apresenta uma temática aberta, relevante e atual cuja análise sistematizada ou a meta-análise ainda não é possível. No entanto, permite a descrição e discussão teórico/reflexiva do conhecimento produzido por meio de informações atualizadas em

trabalhos científicos de outros autores, sedimentando fundamentação teórica. Permite acesso e processamento do conhecimento e de novas ideias sobre a temática específica de forma sumarizada e num curto espaço de tempo[2]. Foi desenvolvida no mês de maio de 2013, no Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo utilizadas as seguintes palavras do assunto como critério de seleção: enfermagem, pessoa mentalmente doente, serviços de saúde mental. A delimitação do estudo foi de 2001 a abril de 2013, tendo por marco histórico a Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001, que redireciona o modelo de tratamento em psiquiatria. Elencou-se como critério de seleção as palavras do assunto, a fim de analisar as tendências da produção de enfermagem, acerca da doença mental nos serviços de saúde. Foi composta uma amostra de 13 produções. Os critérios de inclusão definidos foram os resumos completos online nos idiomas inglês, espanhol ou português; e, os critérios de exclusão foi não atender ao objetivo da pesquisa. A partir da leitura prévia dos títulos e objetivo do estudo foram selecionados 4 resumos das dissertações. Para o mapeamento das produções científicas utilizou-se de um quadro sinóptico constituído de variáveis: região brasileira da produção do estudo, ano de publicação e tipo de estudo. Esses dados foram apresentados na forma de frequência absoluta e relativa. Para a análise dos resumos das dissertações utilizou-se uma ficha composta por objetivo, abordagem metodológica (método, cenário, sujeitos, referencial de análise das produções) e resultados. Foi desenvolvida a análise de conteúdo modalidade temática, sendo as etapas de operacionalização: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação[3]. Realizou-se a pré-análise dos resumos das dissertações para mapeamento e fichamento dos dados possibilitando uma visão universal do conteúdo. Após, exploração do material com extração de trechos significativos da produção científica no quadro sinóptico. O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação ocorreram pela leitura exaustiva dos textos e síntese qualitativa do material consultado quando foi desenvolvida a codificação cromática nos achados fichados, foram constituídos de duas categorias para análise e reflexão: a doença mental e o cotidiano de quem a vivencia e experiência e, as concepções da doença mental e sua implicação no tratamento em psiquiatria. **Resultados:** O mapeamento das quatro dissertações caracteriza as produções quanto à região de origem e o ano de publicação. Os estudos são oriundos das regiões brasileiras: sudeste (D1, D3 – 50%), Centro Oeste (D2- 25%), nordeste (D4-25%). Quanto ao ano de publicação: 2006 (D2 - 25%), 2009 (D1, D3 - 50%), 2012 (D4 – 25%). O fichamento dos dados referentes aos resumos das dissertações/teses possibilitou constatar que a literatura científica até o presente momento (2013) busca compreender a doença mental e elaborar estratégia de enfrentamento no cotidiano de familiares, de paciente que vivencia a doença mental e, profissionais da saúde. Os sujeitos das referidas produções compreendem familiares e pacientes psiquiátricos (D1 - 25%), profissionais da saúde (D2, D3 - 50%), mulheres com doença mental (D4 – 25%). Os cenários onde os estudos foram desenvolvidos referem-se ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (D1, D4 – 50%), Residencial Terapêutico (D2 - 25%) e Estratégia da Saúde da Família (ESF) (D3- 25%).

Em se tratando da abordagem metodológica há unanimidade da pesquisa de caráter qualitativo (D1, D2, D3, D4 – 100%). Em relação à primeira categoria, a doença mental e o cotidiano de quem a vivencia e experiência, revela que a doença mental ocasiona dificuldades no cotidiano de quem a vivencia e a experiência, pelas manifestações clínicas e pelo estigma e preconceito social(D1,D2,D4). A concepção de profissionais da saúde e do paciente acerca da doença mental permeia a condição de desrazão, desequilíbrio, aquele em constante sofrimento, onde a pessoa se encontra debilitada e dependente do cuidado, numa visão de modelo biomédico e manicomial(D2, D3,D4). A família reconhece a sobrecarga frente ao cuidado ao paciente, mas elabora estratégias de enfrentamento no cotidiano. Há a frustração quanto a não aceitação do paciente no mercado de trabalho(D1). Por se tratar de uma doença crônica, a doença mental ocasiona, por vezes, dificuldade para a pessoa desempenhar seu papel social e a suspensão das suas obrigações enquanto cidadão[4]. Os pacientes carecem de informações sobre a patologia, sendo que não sabem informar seu diagnóstico e a sua concepção acerca da condição de doente mental se fundamenta no estigma social(D1,D4). A compreensão do paciente diante da doença mental é fundamental, pois o tratamento é entendido como necessário e essencial para qualidade de vida. A pessoa é um ser singular e não se limita a sua condição clínica. Portanto, a sua aceitação e compreensão da doença se referem a escolhas informadas e planejadas, no que tange a corresponsabilidade pelo tratamento e hábitos de vida[4]. Já a segunda categoria, as concepções da doença mental e sua implicação no tratamento em psiquiatria, evidencia que o Centro de Atenção Psicossocial é uma estratégia de tratamento pautado no modelo psicossocial, sendo que a equipe multiprofissional, a participação familiar e as oficinas terapêuticas são um método de ressignificar a doença mental no cotidiano. Busca a transferência do cuidado centrado no modelo hospitalocêntrico e apenas medicamentoso para o singularizado, no território do sujeito(D1,D2,D3,D4). Porém, essa transição não é demarcada pelo cenário do tratamento, sendo por vezes, replicador da lógica manicomial pelos valores institucionais, crenças dos profissionais da saúde, da sociedade e do próprio paciente(D2,D3,D4),. O processo de transformação institucional em saúde mental é um desafio, pois é preciso realizar desconstruções de ideologias, saberes e fazeres de paradigmas clássicos que perduram na história. Uma das maiores dificuldades para o avanço da Reforma Psiquiátrica está centrada no estigma social e na visão de alguns profissionais da área da saúde, quando realizam uma assistência embasada na ideologia manicomial, numa "assistência regida e focada no transtorno mental, esquecendo a integridade e o contexto no qual o paciente está inserido"[6:712]. Nessa perspectiva, ações governamentais pautada na Reforma Psiquiatrica,(D1,D2,D3,D4) e no modelo psicossocial, estão sendo implantadas/implementadas, como o apoio matricial em uma linha de cuidado em saúde mental(D3). Portanto, a Reforma Psiquiátrica e, dispositivos de cuidado em saúde mental, redirecionam o modelo de tratamento, tendo em vista, a produção de saúde no território do indivíduo. **Conclusões**: A prática baseada em evidencia, como a revisão narrativa, oportuniza conhecer na literatura científica as perspectivas do tratamento e

concepções da doença mental a fim de implementar intervenções de enfermagem. Para tanto, o enfermeiro necessita desenvolver o senso crítico reflexivo diante de sua assistência, caso seja necessário transformar suas inquietações e dúvidas em pergunta de pesquisa. Esse profissional necessita desenvolver competência em epidemiologia, metodologia da pesquisa e estratégias para implementar em sua assistência o conhecimento pertinente. Este estudo propiciou conhecer pela revisão narrativa as concepções da doença na perspectiva de familiares de pessoas com adoecimento mental, o paciente que vivencia a doença mental, e, profissionais da saúde. A enfermagem, inserida em uma equipe interdisciplinar de saúde e na linha de cuidado em saúde mental, necessita congregar nas suas ações o cuidado ao paciente que vivencia a doença mental, em consonância ao modelo psicossocial e princípios e diretrizes do sistema único de saúde (SUS). Portanto, faz-se necessário a valorização da percepção do sujeito de como é vivenciar a doença mental.

Á**rea temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Enfermagem; Pessoa Mentalmente Doente; Serviços de Saúde Mental.

**Referências**

1 Silva ATC, Amarante P, Gomes ALC, Braga JEF, Valença AMG, Padilha WWN. A Propósito da Diversidade, Cultura e Saúde Mental: Novas Dimensões para a Compreensão da Loucura. Rev Bras de Ciênc da Saúde. 2012; 16(3):435-38.

2 Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa [editorial]. Acta Paul Enferm. 2007; 20:v-vi.

3 Minayo MCS (Org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

4 Neto C, Alves F. A experiência subjetiva com a doença mental: o caso da depressão. Socio, Problemas e Práticas. 2012; 70:111-29.

5 Furlan MM, Ribeiro CRO. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. Acta Paul Enferm. 2001; 45(2):390-96.

6 Terra MG, Sarturi F, Ribas D, Erdmann A. Saúde mental: do velho ao novo paradigma – uma reflexão. Esc Anna Nery. 2006;10(4):711-7.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A EVOLUÇÃO CIENTÍFICA DA *ADVOCACY* NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

# SCIENTIFIC EVOLUTION OF ADVOCACY IN PEDIATRIC NURSING CONTEXT

# LA EVOLUCIÓN CIENTÍFICA DE *ADVOCACY* EN EL CONTEXTO DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

BUBADUÉ, Renata de Moura1
CABRAL, Ivone Evangelista2

1 Enfermeira, mestranda na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), renatabubadue@gmail.com.
2 Enfermeira, doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento Materno-Infantil da EEAN/UFRJ.
I Adaptação do termo do Medical Subject Headings [Mesh], utilizado na base de dados, para o português.

**Introdução:** Contextualizado legalmente, o *advocacy* pode ser definido como a representatividade e defesa dos interesses do cliente. Na enfermagem, pode-se compreender esse conceito com maior amplitude, uma vez que defender os interesses do cliente pode implicar em danos para esse indíviduo ou outros[1]. Define-se a *advocacy* como a contribuição positiva para auto-determinação, ajuda a discernir e esclarecer seus valores e examinar as opções disponíveis de acordo com esses valores. Essa perspectiva compreende o/a enfermeiro/a como uma pessoa de valores e crenças próprias, de modo a interferir na sua prática profissional. As experiências e o vivido do/a enfermeiro/a podem ser considerados como elementos essenciais no exercício da advocacy, uma vez que isso interfere na habilidade de compreender como o/a paciente percebe sua situação e, consequentemente, nos tipos de decisões que ele/a deseja tomar. Esse termo pode estar associado à consolidação da promoção de saúde, intersetorialidade, gestão da clínica, sistemas integrados de saúde, controle social, participação popular e outros[3]. Nesse sentido, destaco o reconhecimento da advocacy como uma base fundamental e um ideal filosófico da enfermagem, que pode estar intrinscicamente ligado ao exercício ético da profissão[1].No caso da criança e do/a adolescente, ressalta-se a ausência de auto-determinação reconhecida em lei, os impossibilita de serem responsáveis pelo processo de tomada de decisão sobre sua saúde[4]. De modo que os/as enfermeiros/as podem ser considerados agentes morais a atuar ativamente na *advocacy* com vistas a melhorar o bem-estar de crianças e suas famílias[5]. **Objetivo**: avaliar a evolução científica acerca da *advocacy* no contexto da

enfermagem pediátrica. **Metodologia:** revisão de literatura desenvolvida em Maio de 2013 na base de dados de Ciências da Saúde, Pubmed. A estratégia de busca utilizada consistiu no cruzamento dos descritoresI *Child Advocacy* AND *Nursing* sem recorte temporal, totalizando 459 publicações. Os critérios de inclusão foram: pré-seleção a partir do título e resumo (se disponível), texto completo nas línguas português, inglês, espanhol, francês ou italiano, temática de *advocacy* em pediatria. Desenvolveu-se a avaliação crítica, reflexiva acerca de 134(n) produções, relacionando-as ao contexto normativo mundial e nacional que envolvem a criança. Nesse sentido, as produções foram organizados em décadas, de modo que 2010 apresenta dados até abril de 2013, e avaliados quanto ao tipo e tendência de produção. **Resultados**: A advocacy emerge na literatura de enfermagem na década de 70 no Canadá, a partir de uma entrevista concedida por uma enfermeira que atuou na fundação do Instituto Canadense de Saúde da Criança. Nessa época, as discussões acerca dos direitos da criança se intensificavam com a comemoração dos 20 anos da Declação dos Direitos da Criança (1959). As publicações na área são escassas (2,98%) e têm como característica: relato de experiência, reflexões e entrevista. A década de 70 é marcada pela *advocacy* centrada na proteção da criança contra a violência e elucida-se a importância da multidisciplinaridade para o cuidado integral. As publicações na década de 80 duplicam (6,71%) e fortalecem a necessidade do/a enfermeiro/a atuar na defesa da criança, prevalecendo reflexões e análises normativas acerca dessa responsabilidade político-profissional, principalmente, no contexto da violência. No Brasil, a década de 80 é cenário de reforma constitucional, que institui a saúde como um direito fundamental a todo/as. A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (1986) é implementada e dispõe de ferramentas privativas do/a enfermeiro importantes para a prática do *advocacy*, como a consulta e prescrição de enfermagem. Esses dispositivos possibilitam espaços terapêuticos de diálogo entre o/a enfermeiro/a, a criança e sua família. A produção aumenta exponencialmente na e, na década de 90, tem-se 23,13% das produções na área. Nesse período, emergem questionamentos sobre a participação de crianças em pesquisas, a necessidade de consentimento, as decisões de fim de vida e o investimento no prolongamento de tratamentos que não resultam em cura. Discute-se a possibilidade de auto-determinação de crianças de acordo com seu desenvolvimento cognitivo e elucida-se a possibilidade de automia relativa quanto às decisões de sua saúde. No Brasil, entra em vigor em 1990 o Estatuto da Criança do Adolescente (ECA) que regulamenta a infância e adolescência no Brasil, contribuindo para a transição do significado de ser-criança no país. Com o ECA, o Poder Familiar, instituído no Capítulo V do Código Civil (1958, alterado em 2002) é reconfigurado a partir da responsabilidade parental de agir em benefício do melhor interesse da criança, enfatizando sua condição de sujeito de direito. A partir da concentração de 65,67% das produções no ano 2000, evidencia-se o fortalecimento de reflexões e questionamentos sobre o compromisso ético do/a enfermeiro/a na defesa dos direitos da criança e a possibilidade de incluí-lo/a no processo de cuidado. Apesar da emersão de pesquisas científicas que investigam o envolvimento da família e profissionais

em aspectos decisórios da vida da criança, esse número é pequeno (12,5%). Mais de 80% das publicações desse período ainda centram-se em pesquisas documentais com análise normativa e reflexões sobre a voz da criança na sua auto-determinação. Por fim, de 2010 a abril de 2013, tem-se 1,51% das produções centradas no desenvolvimento de pesquisas com crianças, no menejo da dor e nos dilemas éticos enfrentados por pais e enfermeiro/as diante da impossibiliade de cura. Nesse sentido, descata-se que há um pequeno desenvolvimento legal de como devem ser esses processos. Registra-se na Lei estadual n. 10.241 de São Paulo/SP o direito do paciente terminal na escolha do local de sua morte, o que inclui a criança, uma vez que essa goza de todos os direitos previstos na lei brasileira a partir do ECA. No entanto, não existem documentos ministeriais com diretrizes para enfermeiros/as proceder como defensores desse direito no Brasil. **Conclusões:** Os resultados contribuiram para a identificação da historicidade da temática na enfermagem. Sua complexidade e seu ineditismo em saúde são evidentes na predominância de publicações de pesquisas documentais que examinam dispositivos legais e normativas de diferentes cenários, uma vez que as pesquisas empíricas ainda são pouco desenvolvidas. Por meio dessa análise, foi possível identificar a pertinência de resgatar o papel do enfermeiro enquanto *fundamental advocacte* e a importância de investir em estudos que auxiliem na construção de diretrizes para a prática do *advocacy* como processo de cuidar.

Á**rea temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Defesa da Criança e do Adolescente, Enfermagem, Saúde da Criança

**REFERÊNCIAS**

1 MacDonald H. Relational ethics and advocacy in nursing: literature review. J Adv Nurs. 2007 Jan;57(2):119-26.

2 Gadow S. Existential advocacy: philosophical foundations of nursing. In Ethics in Nursing: An Anthology (Pence T. & Cantrall J., eds), 1999 National League for Nursing, New York, pp.41–51.

3 Andrade RD, Mello DF, Silva MAI, Ventura CA. Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 jul-ago; 64(4): 738-44.

4 Brasil, Código Civil. texto promulgado em 10 de Janeiro de 2002. Brasília: Senado Federal**.**

5 Carnevale F. Ethical considerations in pediatric nursing. Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, 2012, v. 12, n.1.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO INSTRUMENTO NA PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

# THE THERAPEUTIC SINGULAR DESIGN AS A TOOL IN PRACTICE HEALTH CARE: EXPERIENCE REPORT

# PROYECTO TERAPÉUTICO SINGULAR COMO HERRAMIENTA EN LA PRÁCTICA DE SALUD: RELATO DE EXPERIENCIA

SARZI, Diana Mara1
KISTER, Danimara Rocheli Iauer 2
GEHLEN, Rubia Geovana Smaniotto2
DAL PAI, Sandra2
DAANDELS, Nadieli 2
ROESSLER, Gabriela Andreatta2
LUNARDI, Vanessa2
CONDORIMAY-TACSI, Yolanda3

1Acadêmica do sétimo semestre do curso Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Autora e Relatora do trabalho. E-mail: marasarzi@hotmail.com
2Acadêmica do sétimo semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Autora do trabalho.
3Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS, Brasil.

**Introdução:** Um dos instrumentos utilizados para trabalhar dentre as linhas de cuidado é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este é compreendido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, construídas a partir da discussão de uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido[1]. A utilização do nome "Projeto Terapêutico Singular" em lugar de "Projeto Terapêutico Individual", como também é conhecido, vem destacar que o PTS além de ser feito para um indivíduo, pode também ser realizado para grupos ou famílias, destacando a singularidade como elemento central de articulação[2]. O PTS é geralmente focado a situações mais complexas e de difícil resolução, sendo fundamental para sua construção a integração dos profissionais de saúde e estratégia de organização do processo de trabalho, o que possibilita a complementação e ampliação do olhar individual sobre uma situação e o aprendizado mútuo. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em

que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, consequentemente, para definição de propostas de ações[1,3,4]. A elaboração do PTS contempla quatro fases: diagnóstico, definição das metas, definição das responsabilidades e a reavaliação. Para o diagnostico é realizada uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão, ainda que provisória, a cerca dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. A vulnerabilidade proporciona uma leitura mais singular da condição de cada sujeito individual ou coletivo, enfrentando de certa forma as insuficiências da generalização do conceito de risco. A equipe busca compreender como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social e com isso identificar os problemas relevantes[3]. Após a identificação dos diagnósticos, a equipe trabalha com a definição das metas, onde propostas de curto, médio e longo prazo, serão negociadas com o sujeito "doente" e com as pessoas envolvidas. As propostas devem ser realizadas preferencialmente pelo membro da equipe que tiver um melhor vínculo com o usuário[1]. Se o objetivo é que o projeto seja incorporado pelo usuário, essa negociação deve ser flexível, sensível às mudanças de curso e atenta aos detalhes[5]. Durante a divisão das responsabilidades, é importante que as tarefas de cada um sejam definidas com clareza, como também seja realizada a escolha de um coordenador do projeto, sendo este qualquer membro da equipe de saúde, independente de sua formação[1,5]. Este por ser responsável deve se manter informado a respeito do andamento de todas as ações planejadas no projeto terapêutico[3]. Na última fase é feita a reavaliação, onde se discutirá os resultados alcançados e serão realizadas as devidas correções de rumo[1]. **Objetivo:** este estudo tem por objetivo relatar a vivencia de acadêmicas de enfermagem durante o processo de construção de um Projeto Terapêutico Singular, implementado a um usuário de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como, ressaltar a importância e os benefícios que a implementação do PTS proporcionou para as acadêmicas e para o usuário do serviço de Saúde. **Metodologia:** O presente estudo trata-se de um relato de experiência de acadêmicas do 7° semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul. A vivência deu-se no período de estágio da disciplina de Estágio Supervisionado I, tendo como local uma das seis unidades de ESF de Palmeira das Missões, município situado na região norte do Rio Grande do Sul. A construção do PTS foi uma das principais atividades propostas pela disciplina, onde as acadêmicas de enfermagem tiveram a oportunidade de construí-lo e implementá-lo juntamente com os profissionais da área da saúde atuantes na referida ESF. A escolha do usuário para a implementação do PTS deu-se durante as reuniões de equipe, realizadas semanalmente na unidade. Nas reuniões, os integrantes da equipe apresentaram para as acadêmicas, os casos de saúde e de problemas sociais mais críticos do território, deste modo, fez-se a escolha do sujeito (protagonista do nosso estudo) por se tratar de um caso complexo, fazendo-se necessário, cuidados mais frequentes da equipe de saúde. Para a efetivação do PTS, visitas domiciliares foram realizadas ao usuário,

sendo estas, acompanhadas pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável pela cobertura da micro-área. Durante as reuniões de equipe, discutia-se a situação do caso com os demais profissionais de saúde. **Resultados principais:** O sujeito do estudo sofreu um acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico que o deixou com sequelas neurológicas, resultando em debilitações psicomotoras com incapacidade de deambulação e ausência de controles esfincterianos do trato intestinal e urinário. Em virtude da situação de saúde relatada, o usuário em questão encontra-se acamado e com úlcera por pressão na região do calcâneo, necessitando dessa forma de cuidados especiais e em tempo integral. Esse cuidado, porém, não existe, pois o principal cuidador (seu filho mais velho) não dispõe de tempo necessário e mostra-se resistente às orientações repassadas pelos profissionais de saúde. Dentre outros problemas, verificou-se a fragilidade dos laços afetivos com sua esposa em virtude de uma traição por parte do usuário. Tendo em vista a necessidade e singularidade do caso optou-se juntamente com a equipe da ESF dar início ao PTS. Primeiramente, buscou-se a criação/fortalecimento de um vínculo com os membros da família e também informações para identificação da situação de vulnerabilidade de cada integrante. Após o primeiro contato, foram realizadas reuniões com a equipe de saúde para discussão do caso e construção de estratégias terapêuticas, elaboradas a partir dos diagnósticos encontrados. Em sequência, as estratégias foram pactuadas com a família durante as visitas domiciliares. Dentre as ações propostas à família compreenderam: explicar e discutir o processo de saúde-doença; o regime de tratamento; os recursos e apoio disponíveis; as mudanças necessárias no estilo de vida e ambiente doméstico; o apoio psicológico; a redução do isolamento social; planejar intervenções para reduzir ou eliminar os fatores causadores de monotonia; orientações quanto mudança de decúbito, cuidados com higiene corporal, nutrição, úlcera por pressão; avaliação médica; fisioterapias motora e respiratória. Ao reavaliar as intervenções observou-se um retorno positivo, visto que o sujeito do estudo apresentou uma evolução significativa. A implementação do PTS proporcionou o fortalecimento do vínculo, permitindo assim o conhecimento de fatos importantes ocorridos no âmbito familiar, o que possibilitou uma melhor compreensão do contexto, e dessa forma contribuiu para o planejamento das ações em saúde. Pôde-se perceber que o PTS contempla aspectos relevantes para a prática do cuidado, como a atenção integral aos usuários, sejam eles individuais ou coletivos, bem como uma análise do processo saúde-doença em seu aspecto clínico, psíquico e do contexto socioeconômico e cultural. Cabe ressaltar que esse instrumento de cuidado permitiu as acadêmicas exercitar a capacidade de reflexão e percepção dos benefícios que essa prática proporciona ao sujeito e a importância da participação do profissional enfermeiro, junto à equipe multiprofissional, na construção de um Projeto Terapêutico Singular. **Conclusão:** As características e potencialidades apresentadas pelo PTS tornam evidente sua importância na gestão do cuidado, visto ser um instrumento que valoriza a singularidade do sujeito e o trabalho em equipe. Dessa forma acreditamos que a construção do Projeto Terapêutico Singular, se configura como um potente dispositivo a ser utilizado não somente na atenção básica, mas

também nos demais serviços de saúde, principalmente direcionadas à situações complexas e de difícil resolução.

**Área temática:** Processo de Cuidado.

**Descritores:** Enfermagem; Atenção Primária a Saúde; Promoção da Saúde; Assistência integral à Saúde.

**Descriptors:** Nursing; Primary Health Care; Health Promotion; Comprehensive Health Care.

**Descriptores:** Enfermería; Atención Primaria de Salud; Promoción de la Salud; Atención Integral de Salud.

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2 ed. Brasília, 2008.

2. Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner et al. Tratado de Saúde Coletiva. Editora Fiocruz, 2006.

3. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de atenção domiciliar. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 2. Brasília, 2012.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2010.

5. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, 2009.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# TEORIA TRANSPESSOAL/CULTURAL DE JEAN WATSON: UMA ANÁLISE SOB AS PERSPECTIVAS DE SUA RELAÇÃO COM O CUIDADO

# THEORIE TRANSPERSONAL/CULTURAL DE JEAN WATSON: AN ANALYSIS UNDER THE PROSPECTS OF ITS RELATIONSHIP WITH CAUTION

# TEORÍA TRANSPERSONAL/CULTURAL DE JEAN WATSON: UN ANÁLISIS EN LAS PERSPECTIVAS DE SU RELACIÓN CON CUIDADO

KESSLER, Cybele Ckemale1
PARISE, Andreza Chiomento2
NASI, Cintia3
AZAMBUJA, Patrícia Passos de4

1 Mestranda do curso Profissional em Enfermagem - Universidade Vale dos Sinos.
2 Mestranda do curso Profissional em Enfermagem - Universidade Vale dos Sinos.
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem, docente do departamento de enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Docente do curso de Pós-Graduação Mestrado Profissionalizante em Enfermagem da Universidade Vale dos Sinos.
4 Mestranda do curso Profissional em Enfermagem - Universidade Vale dos Sinos <patriaz@hotmail.com>

**Introdução**: A enfermagem é uma ciência humana, uma arte que lida com experiências de seres humanos no processo saúde-doença, mediadas por transações pessoais, científicas, estéticas e éticas do cuidado humano (NUNES; 1996). A Teoria Transpessoal de Jean Watson surgiu em 1979, por meio da publicação do livro *Nursing: The philosophy and science of caring*, introduzindo em nosso meio que o principal enfoque da enfermagem está nos fatores de cuidado que derivam da perspectiva humanística combinados com a base de conhecimentos cientificas, acima de tudo, um sistema humanístico de valores sustenta a construção da ciência do cuidado. Em sua teoria Watson (1979) propõe sete pressupostos sobre a ciência do cuidado e dez fatores de cuidados primários para a formação da estrutura de sua teoria. Os pressupostos básicos são os seguintes: o cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado apenas interpessoalmente; o cuidado consiste de fatores que resultam na satisfação de determinadas necessidades humana; o cuidado efetivo promove a saúde e o crescimento individual e familiar; as respostas do cuidado aceitam a pessoa não apenas como ela é agora mas como ela poderá tornar-se; o ambiente de cuidado é aquele que oferece o desenvolvimento do potencial enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si mesma em um determinado momento; o cuidado é mais *healthogenic* que a cura. A prática do cuidado integra o conhecimento biofísico com o conhecimento do

comportamento humano para gerar ou promover a saúde e proporcionar atendimento aos que estão doentes. A ciência do cuidado é, portanto, complementar à ciência da cura e a prática de cuidados é essencial para a enfermagem (p.8-9). Na visão de Watson a doença pode ser curada, mas permanece se o cuidado da saúde não for atingido. O cuidado é a essência da enfermagem e denota a reciprocidade entre a enfermeira e a pessoa. No sistema de valores de Watson existe uma alta consideração pela autonomia e pela liberdade de escolha, que leva ao autoconhecimento e ao autocontrole do cliente e ao cliente como pessoa encarregada (GEORGE *at al* p. 254.2002). A estrutura da ciência do cuidado Transpessoal está construída sobre os dez seguintes fatores: a formação de um sistema de valores humanístico-altruísta; a estimulação da fé-esperança; o cultivo da sensibilidade para si mesmo e para os outros; o desenvolvimento do relacionamento de ajuda-confiança; a promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; o uso sistemático do método cientifico de solução de problemas para tomar decisões; a promoção do ensino-aprendizagem interpessoal; a provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual sustentador, protetor e (ou) corretivo; auxilio com a gratificação das necessidades humanas; aceitação das formas existênciais-fenomenológicas (Watson, 1979, p.9). Watson (1979) sugere que o cuidado que é baseado em valores humanísticos e em comportamento altruísta pode ser desenvolvido através do exame dos próprios pontos de vista da pessoa, suas crenças, interações com varias culturas e experiências de crescimento pessoal. O processo de cuidar, dá-se a partir do desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base no conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizada para e com o paciente/cliente, ser cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana englobando o sentido de integralidade e a plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual nas fases do viver e morrer (Waldow; 1998). O enfermeiro é um profissional preparado para o cuidado humano objetivando a promoção da qualidade de vida e a manutenção da integridade do ser. A sensibilidade, o respeito ao outro, a bioética associados ao conhecimento técnico cientifico são elementos fundamentais para o desempenho de um profissional crítico, reflexivo e comprometido com a qualidade do cuidado em enfermagem (MOTTA; 2004). **Objetivo:** Realizar uma analise sob as perspectivas da Teoria Transpessoal/Cultural de Jean Watson em relação com o cuidado de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de uma análise reflexiva sobre a relação entre a Teoria Transpessoal/Cultural de Jean Watson em relação com o cuidado de enfermagem. **Resultados:** No processo de cuidar em enfermagem, a Teoria Transpessoal/Cultural de Jean Watson contribuiu determinantemente para ajudar os enfermeiros a desenvolverem um olhar critico sobre suas atividades, aprimorando o atendimento levando em conta os aspectos da cultura, das crenças, desejos e necessidades do paciente e também do prestador de cuidados. Essa Teoria também serve como um instrumento de trabalho para o enfermeiro, embasando a tomada de decisão deste profissional, pois norteia as suas ações dando cientificidade as mesmas. **Conclusão:** A humanização da assistência em enfermagem que vem sendo muito debatida em nosso meio,

portanto a Teoria de enfermagem de Jean Watson ainda mantém-se bastante atual. A essência do cuidado em enfermagem se constrói a partir da relação com o outro, contudo sob a luz de uma base de atenção humanística, englobe as necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais de um indivíduo, ou seja, cada um deve ser compreendido e aceito como um ser único e integral e, portanto, com necessidades e expectativas particulares. A partir daí estabelecendo um vinculo na relação onde ambos determinam as prioridades da atenção, mantendo o respeito e consideração pela individualidade de cada um.

**Área temática:** Processos de cuidado.

**Descritores:** Teoria de enfermagem Transpessoal/Cultural, cuidado de enfermagem, cuidado humano.

**Descritores:** Nursing theory Transpersonal / Cultural, nursing care, human care.

**Descritores:** Teoria enfermería Transpersonal / Cultural; cuidados de enfermería, la atención humana

**Referências:**

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

NUNES, A.M.P. Concepções Sobre o Processo Saúde-Doença na Enfermagem Ciência e Arte. **Texto Contexto Enferm**., Florianópolis (SC) 1996 jan/jun; 5(1): 34-45. Disponível em: <bases.bireme.br/CGI-bin/wxislind.exe/iah/online/ > Acesso em: 20 de maio 2013.

MOTTA, M.G.C. Cuidado Humanizado no Ensino de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília (DF) 2004 nov/dez; 57 (6): 758-60. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a27.pdf > Acesso em 22 de maio 2013.

WALDOW, V.R. Cuidado Humano: Resgate Necessário. Porto Alegre (RS): Sagra Luzatto; 1998.

# TENDÊNCIAS DAS PRODUÇÕES BRASILEIRAS DE MESTRADO/DOUTORADO EM ENFERMAGEM SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

# TRENDS OF PRODUCTIONS BRAZILIAN MASTERS/PHD IN NURSING PRACTICES INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY

# TENDENCIAS DE PRODUCCIONES BRASILEÑAS DE MASTERS/PHD DE ENFERMERÍA EM PRACTICAS INTEGRADORAS Y COMPLEMENTARIAS

PIVETTA, Adrieli1
NIETSCHE, Elisabeta Albertina2
FETTERMANN, Fernanda Almeida3
TERRA, Larice4
SILVA, Thayná Champe5
DAL OSTO, Daniele Silva6
RAMOS, Tierle Koloski7
LIMA, Márcia Gabriela Rodrigues de8

1 Enfermeira. Especialista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM , Rio Grande do Sul, Brasil. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde – GEPES/CNPq/UFSM. e-mail: adri_pivetta@hotmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do PPGEnf da UFSM. Coordenadora do GEPES/CNPq/UFSM.
3 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
4 Graduanda do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista de Extensão FIEX/CNPq/UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
5 Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista de Pesquisa FIPE/CNPq/UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
6 Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista de Pesquisa PROBIC/UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
7 Graduanda do 3º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.
8 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Membro do GEPES/CNPq/UFSM.

**Introdução:** Em meados de 2006, o Ministério da Saúde (MS), percebendo a necessidade de criar normas que regulamentassem algumas práticas alternativas de saúde que vinham gradativamente se tornando mais populares, publicou, já em tempo, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Cabe destacar que o processo de implantação da PNPIC foi longo e passou por várias etapas até ser definitivamente

publicada.[1] A criação desta Política se traduz no acréscimo de novas práticas assistenciais oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), capazes de formar, juntamente com as práticas convencionais um sistema holístico que vem contribuir com o conceito de integralidade apresentado pelo Sistema. Além de se tratar de ações de baixo custo, influenciando também no aspecto econômico da população e do Estado, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) aparecem como alternativa às pessoas que buscam uma terapia isenta de efeitos colaterais. São elas: Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Termalismo/Crenoterapia e Medicina Antroposófica.[1] Ao encontro disso, ressalta-se que oferecer novos conhecimentos e alternativas para tratamentos e prevenções e acolher as sugestões vindas dos próprios clientes é, inegavelmente, uma prática humanizada, coletiva e ao mesmo tempo individual na atenção à saúde, que vem ao encontro dos princípios do SUS. Significa oferecer informações sobre saúde para que os indivíduos possam realizar suas escolhas, cientes dos prós e contras de determinadas opções, mas a escolha é, em princípio ou por princípio, livre[2]. Disponibilizar possibilidades de prevenção e cura, respeita o poder de decisão do indivíduo e cria confiabilidade e relação de cumplicidade entre profissional e cliente. Considerando que se trata de um direito dos usuários do Sistema, de práticas de baixos custos ao governo, com resultados rápidos e precisos, despertou-se o interesse em pesquisar o que a Enfermagem brasileira vem pesquisando em cursos de pós-graduação nível *Stricto sensu* sobre essas terapias já milenarmente utilizadas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)[3], como meio de intervenção promotora do (auto)cuidado dos sujeitos. **Objetivo:** Identificar o que a Enfermagem brasileira vem pesquisando em cursos de pós-graduação nível *Stricto sensu* sobre as Prática Integrativas e Complementares dispostas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, onde se realizou uma busca no Banco de Teses e Dissertações do Portal Capes sobre as publicações realizadas pela enfermagem brasileira acerca das PIC descritas na PNPIC. No referido banco de dados foram selecionados todos os títulos encontrados ao combinar a palavra "enfermagem" às PIC apresentadas pelo MS, sendo elas "acupuntura", "homeopatia", "fitoterapia", "termalismo", "crenoterapia" e "medicina antroposófica", que resultou em 21 publicações. Após a busca, foram realizadas leituras dos resumos e, a partir destes, colhidas as informações capazes de caracterizar os trabalhos desenvolvidos pela enfermagem brasileira sobre esta temática, fato que restringiu a 16 pesquisas, considerando que as demais, apesar de trazer em seu resumo uma ou mais das PIC não as apresentavam diretamente relacionadas ao trabalho do profissional enfermeiro. Importante ressaltar que não houve recorte temporal, logo, todas as teses e dissertações que abordam as PIC no trabalho da enfermagem, realizadas a partir de 1987, ano a partir do qual são disponibilizados os trabalho pela Capes, foram consideradas relevantes para o estudo. **Resultados**: Ao todo foram selecionados dezesseis trabalhos, sendo quatorze dissertações (87,50%) e duas teses (12,50%). Para melhor compreensão, os resultados foram divididos de acordo com alguns fatores: (1) *quanto à predominância das PIC*, onde que destas

dezesseis produções, seis estão relacionadas à acupuntura (37,5%), seis à fitoterapia (37,5%), uma à medicina antroposófica (6,25%) e as demais englobam mais de uma prática, incluindo algumas não presentes na Política (18,75%). Frente a esse fato, concluí-se que a acupuntura e a fitoterapia são as PIC mais pesquisadas nos programas de pós-graduação – Mestrado e Doutorado – da Enfermagem brasileira. Isso pode ocorrer pelo fato destas duas práticas terem sido as primeiras discutidas pelo MS ainda em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde como possibilidade de implantação no SUS. Também destaca-se que a acupuntura é empregada, com prevalência, em condições de dor, e a fitoterapia, na busca de diminuir efeitos colaterais de medicamentos e desvelar o que leva as pessoas a optarem por seu uso. [2] *Quanto às instituições de ensino*, apresenta-se a Universidade de São Paulo (USP) como a que mais realizou pesquisas nesta área contabilizando quatro produções (25%), incluindo um dos trabalhos de doutorado produzido sobre a temática. Este fato também chamou a atenção para o número de pesquisas realizadas na região Sudeste, que representam 56,25% das publicações indexadas, incluindo além da USP a Universidade Estadual de Campinas (UECAMP), também de São Paulo, a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Este dado gera a hipótese disso ocorrer por esta região ter recebido grande número de imigrantes orientais no século passado, considerando que a acupuntura e a fitoterapia, relembrando que são as mais pesquisadas, são de origem oriental. [3] *Quanto ao ano das publicações*, atentando para o fato de que ocorreram, em maior número, anteriormente à publicação da PNPIC, com um percentual de 56,25% do total, que pode ter contribuído para seu nascimento, considerando que ocorreu pela necessidade de oferecer essas novas possibilidades de assistência e cuidado a partir de benefícios já confirmados à população usuária do SUS. Esse dado se mostra promissor, considerando que nos 20 anos de discussão sobre a regulamentação da política, que teve início em 1986 durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foram produzidos apenas dois estudos a mais que a partir de sua data de publicação, há sete anos atrás, em 2006. **Conclusões:** Frente às características observadas nos estudos desenvolvidos no Brasil sobre as PIC observou-se que a acupuntura e a fitoterapia são as preferidas entre os enfermeiros pesquisadores que desenvolvem seus trabalhos em nível *Stricto sensu*. Os profissionais enfermeiros, timidamente, vem mostrando novos olhares área das PIC, tão interessante e também importante no processo de cuidar das pessoas. Essas terapias surgem como um desafio aos enfermeiros que se atrevem a seguir esta temática tão rica e repleta de novas possibilidades. Considerando que todos os estudos realizados obtiveram bons resultados com a utilização das PIC, fica clara a necessidade da popularização da PNPIC, como meio de facilitar a utilização das práticas caracterizadas por ela, e assim, trazê-las como aliadas do profissional enfermeiro na busca de uma assistência inovadora e capaz de contribuir efetivamente na promoção e recuperação da saúde.

Á**rea temática:** Processos de Cuidado

**Descritores:** Enfermagem; Tendências; Políticas Públicas de Saúde.

**Referências**

1. BRASIL, M. S**. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.** Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnpic.pdf. Acesso em: 01/02/2011.

2. OLIVEIRA, D.L.L.C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Revista Brasileira de Enfermagem.** v.64(1) p. 185-88, jan-fev 2011.

3. OMS, Organização Mundial da Saúde. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.** Ginebra: OMS,2002.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UNIDADE DE INTERNAÇÂO OBSTÉTRICA

# NURSING CARE PUERPERAL MOTHERS: REPORT OF EXPERIENCE IN UNIT OBSTRETRIC ADMISSION

# ENFERMERÍA EN CUIDADOS PUERPERALES MADRES: INFORME DE EXPERIENCIA EN ADMISIÓN OBSTÉTRICA UNIDAD

MARTINS, Eroni Cleonice Dorneles1
Rios, Andressa Oliveira2
Lipinski, Jussara Mendes3

1Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Campus Uruguaiana- Bolsista PBDA- GEPEnf FORS. e-mail: martins.cleo@hotmail.com.
2Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Campus Uruguaiana - Bolsista PBDA- GEPEnf FORS.
3Enfermeira. Dra. em Enfermagem - UFRGS. Docente da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)- Campus Uruguaiana-RS- GEPEnf FORS

**Introdução**: Na atenção integral à saúde da mulher, a atenção pré-natal e puerperal deve ser organizada de forma a atender às reais necessidades de saúde de mulheres durante a gestação e o puerpério. Para isso, necessita-se a utilização de conhecimentos técnico-científicos existentes, meios e recursos disponíveis adequados no contexto de humanização da assistência[1]. A organização da atenção obstétrica na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) consiste no estabelecimento e regulação da rede de atenção à gestação, ao parto, ao pós-parto e ao recém-nascido, estabelecendo ações que integrem todos os níveis de atenção, garantindo atendimento adequado à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Neste contexto, o sistema de saúde deve assegurar a cobertura de toda a população de mulheres na gestação e após o parto, garantindo a atenção obstétrica e neonatal de maneira integrada, mediante regulação do atendimento nos níveis ambulatorial básico e especializado do controle de leitos obstétricos e neonatal[1]. Assim, para que a atenção pré-natal e puerperal seja efetiva, é necessária a humanização dos serviços que atendem a estas mulheres, faz-se necessário também que se procure a captação precoce das gestantes para acompanhamento pré-natal, garantindo a elas o acesso ao teste de gravidez, acompanhamento periódico e contínuo durante o período de gestação e no puerpério[1]. Em suas ações, o enfermeiro busca construir um espaço de cuidado que esteja voltado às necessidades individuais e particulares de cada puérpera, principalmente no processo da amamentação[2] considerando o

período puerperal como um período de riscos, torna-se indispensável cuidados de enfermagem especializados, tendo como base a prevenção de agravos através de ações que ajudem à mulher a cuidar de si e de seu bebê, para que desta forma, possam obter conforto físico e emocional[3]. A puérpera tem necessidade de acolhimento e respeito, que podem ser alcançados quando é assistida de forma integral. Na gestação parto e puerpério quando o corpo da mulher passa por modificações importantes, ela costuma buscar atenção e cuidado naquele profissional que é a sua referência com quem desenvolveu vínculo para preservar e garantir sua saúde e bem-estar. Diante disso, a atenção pré-natal e puerperal deve ser prestada por equipe multiprofissional de saúde capacitada técnica e cientificamente, para atender às reais e potenciais necessidades de saúde de mulheres e suas famílias uma equipe na qual as ações estejam alicerçadas nos princípios da humanização da assistência à saúde. Nesse sentido, este relato de experiência tem como **objetivos:** descrever a experiência vivenciada em uma unidade de internação obstétrica e oportunizar reflexão sobre as estratégias que necessitam ser instituídas nos serviços de saúde, para atender às orientações da política nacional de atenção a saúde da mulher. **Metodologia:** trata-se de relato de experiência desenvolvido a partir de atividades práticas do componente curricular enfermagem no cuidado da saúde da mulher, do curso de enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), realizadas no mês de maio de 2013, em uma unidade de internação obstétrica de um hospital geral no município da fronteira oeste do RS. **Resultados**: durante o desenvolvimento das atividades práticas na unidade de internação obstétrica, realizou-se acompanhamento de gestantes e puérperas em alojamento conjunto, a assistência de enfermagem, foi desenvolvida por meio da realização do processo de enfermagem que segue as seguintes etapas: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação das intervenções e avaliação dos resultados[4]. As vivências acadêmicas, na unidade, possibilitaram:- identificar a dificuldade dos profissionais em aderir a utilização sistemática do processo de enfermagem - refletir sobre a atuação da equipe de enfermagem frente as questões de humanização, assim como respeito a direitos das mulheres, quais sejam acompanhante tanto na internação quanto no parto e a permissão da presença constante do pai do bebê, entre outras. **Discussão**: A inserção de alunos em campos de práticas complementa as vivências da sala de aula, dentre estas vivências destaca-se a possibilidade de agregar o conhecimento teórico com a prática de enfermagem, o que oportuniza ao acadêmico pensar criticamente sobre a realidade em que ele está inserido. As experiências na unidade de internação obstétrica permitiram identificar que há carências na assistência de enfermagem a gestantes e puérperas; onde não se evidencia uma assistência de enfermagem sistematizada, com a utilização do processo de enfermagem como ferramenta de uso cotidiano na proposição de ações de cuidado, aparecendo de modo mais evidente uma atuação da equipe de enfermagem mais centrada no modelo biomédico. Neste sentido quando se pensa em propor uma assistência de enfermagem organizada o processo de enfermagem constitui-se em uma ferramenta de fundamental importância para tal ação, pois é a base para o planejamento e implementação de intervenções de

enfermagem e avaliação do cuidado do cuidado prestado[5]. Em relação às práticas assistenciais carentes de humanização, esta pareceu ser a maior fragilidade, pois compromete diretamente o cuidado de enfermagem as gestantes e puérperas, que utilizam este serviço de saúde. O enfermeiro que desenvolve cuidado a gestante tanto na rede básica de saúde como no acompanhamento ao processo de parturição, precisa ter atitudes éticas e solidárias organizando as ações de modo a criar um ambiente acolhedor[2]. Assim ressalta-se a importância de um trabalho de equipe articulado e comprometido com os preceitos propostos pelo SUS, oferecendo as mulheres e suas famílias cuidado de qualidade, resolutividade e humanizado, atendendo aos preceitos da atenção obstétrica e neonatal, assegurando as usuárias acesso a todos os seus direitos[1]. Sabe-se que a atenção com qualidade e humanizada depende dos recursos necessários, da organização das rotinas com procedimentos comprovadamente favoráveis, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade, autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas[1]. Para isso faz-se necessário envolvimento em toda a instância desde a gestão até a realização do cuidando formando a rede que promove apoia e ampara a mulher e sua família. Sabe-se que este ainda é um desafio a ser enfrentado e que a assistência à mulher, seja em unidade de internação ou em unidades básicas de saúde, representa um grande desafio que requer discussão e ações efetivas para alcançar a humanização do cuidado baseados nos princípios da equidade e integralidade no atendimento[3]. **Conclusões:** as vivências acadêmicas na unidade de internação obstétrica possibilitaram a percepção da importância da utilização do processo de enfermagem como instrumento cotidiano de trabalho; da necessidade da humanização da assistência às mulheres e suas famílias, durante a gestação parto e no período puerperal; assim como, o entendimento mais profundo da necessidade de que em todas as instância seja pensado de que forma se pode tornar os serviços mais humanos e resolutivos para que sejam capazes de assegurar assistência qualificada, capaz de atender as necessidades de saúde das mulheres.

**Área temática:** Processos de Cuidado.

**Descritores:** assistência de enfermagem; puerpério; saúde da mulher.

**Referências:**

1.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

2. Zorzi NT, Bonilha ALL. Práticas utilizadas pelas puérperas nos problemas mamários. Rev Bras Enferm 2006 jul-ago; 59(4): 521-6.

3. Almeida, M.S; Silva, I.A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Rev Esc Enferm USP, 2008; 42(2):347-54.

4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem [Internet]. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=10113&sectionID=34.

5. Alfaro-Lefevre, R. Aplicação do processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL E O CUIDADO A ADULTOS E IDOSOS COM DOENÇA CRÔNICA

# THE CONVERGENT ASSISTANCE RESEARCH AND CARE TO ADULTS AND THE ELDERLY WITH CHRONIC DISEASE

# LA INVESTIGACIÓN CONVERGENTE ASISTENCIAL ACERCA DEL CUIDADO Y LA ATENCIÓN A LOS ADULTOS Y LOS ANCIANOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

BRONDANI, Cecília Maria1
BEUTER, Margrid 2
PERRANDO, Miriam da Silveira3
BOTH, Juliane Elis3
SEIFFERT, Margot Agathe3
BRUINSMA, Jamile Lais4

1 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria, doutoranda do DINTER-Novas Fronteiras-UFSM, UNIFESP, EEAN. E-mail: ceciliabrondani@hotmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf – Curso de Mestrado da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
3 Mestrandas em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf). Membros do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista PROIC-HUSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

**INTRODUÇÃO**: A enfermagem vem crescendo enquanto profissão e ocupando espaços de destaque junto às produções científicas. Entende-se que a pesquisa representa uma estratégia de aproximação entre os cenários de pesquisa e da prática, pois os resultados das pesquisas servem para embasar a prática. Neste sentido, destaca-se a pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que se caracteriza como uma estratégia adequada para a pesquisa na enfermagem, tendo em vista sua aproximação com prática, uma vez que esta modalidade de pesquisa une o pensar ao fazer, resultando, portanto, no saber-fazer.[1] Ainda, a pesquisa visa aproximação direta com a situação a ser pesquisada, buscando promover transformações na realidade a ser estudada, favorecendo assim, a ligação entre pesquisa e prática.[2] Essa é uma forma de pesquisar, em que simultaneamente com a coleta dos dados, realiza-se ações de cuidado aos participantes.[3] Assim, como o cuidado preenche o cotidiano da enfermagem, a atividade de pesquisa deve ser compreendida do mesmo modo, como objeto inerente a

assistência.[1] Nesse sentido, a utilização da metodologia convergente assistencial, no contexto da doença crônica, permite a enfermagem compreender e buscar soluções de problemas que permeiam a prática cotidiana, assim como, implementar ações e cuidados que visam a reabilitação e a promoção da saúde dos sujeitos pesquisados. **OBJETIVO:** Identificar na produção científica brasileira de enfermagem estudos que utilizaram a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) como referencial metodológico no contexto da doença crônica em adultos e idosos. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo de revisão narrativa de literatura que possibilita um panorama geral do conteúdo abordado envolvendo uma questão mais ampla de pesquisa. Foi realizado a busca *on-line* das produções científicas nacional sobre a PCA, indexadas nas bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no mês de maio de 2012, a partir das palavras "pesquisa" and " convergente" *and* " assistencial". Foram encontrados 73 artigos, 30 na base de dados BDENF e 43 na base de dados LILACS. Desses, 25 produções foram excluídas porque estavam indexadas em mais de uma base de dados. Outras 32 produções foram excluídas após uma primeira leitura, pois a temática não incluía a doença crônica em adultos. Assim, a amostra foi constituída por 16 publicações. Para a organização da pesquisa, os artigos selecionados foram lidos e sintetizados em um banco de dados quanto ao título, ao periódico, ao ano de publicação, a temática, a técnica de coleta de dados, aos sujeitos da pesquisa, ao referencial teórico, aos objetivos e principais resultados do estudo. Os dados foram analisados a partir das informações contidas no banco de dados, pela análise descritiva. **RESULTADOS:** Quanto aos periódicos aos quais pertenciam os artigos o maior número foi publicado na Revista Texto e Contexto de Enfermagem (31,25%). Em relação a distribuição das publicações por período, a maior concentração de estudos esteve no ano de 2009 e 2011 com 18,75% de artigos, seguidos dos anos de 2005, 2006, 2007 e 2010 com 12,5% dos estudos e 2004 e 2008 com 6,25% das publicações. Quando analisada a técnica de coleta de dados, 50% dos estudos utilizaram oficinas ou/e dinâmicas de grupo, 37,5% utilizaram a entrevista juntamente com observação, genograma e ecomapa, 18,75% utilizaram escalas de avaliação funcional, formulário estruturado e questionário. A visita domiciliar foi realizada em 18,75% dos estudos. Compreende-se que a realização de oficinas e grupos de convivência favorece um espaço de diálogo e construção de saberes acerca dos cuidados de saúde. As temáticas abordadas nos estudos envolveram principalmente ações de educação em saúde e promoção a saúde nas enfermidades, caracterizadas como doenças crônicas. Dentre estas doenças estavam a nefropatia diabética, o diabetes mellitus, as estomias, a hipertensão arterial sistêmica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Entre os sujeitos envolvidos nas pesquisas, 56,25% envolviam os próprios indivíduos que experimentavam a patologia crônica, 18,75% dos estudos abordaram os idosos e seus familiares acompanhantes, 12,5% envolviam família, e 12,5% enfermeiros ou acadêmicos de enfermagem. Dos estudos que especificaram a utilização de um referencial teórico houve destaque para as concepções teóricas e metodológicas de Paulo Freire. Quanto aos

objetivos das pesquisas, 81,25% buscaram conhecer, descrever, compreender, identificar ou descobrir acerca dos anseios, expectativas, ações de cuidado de si, saberes e práticas ou elementos que envolvem a enfermidade crônica. Sendo que, 18,75% dos estudos tinham como objetivo implementar, desenvolver metodologias de cuidado para auxiliar no enfrentamento da doença crônica. Neste sentido, entende-se que a PCA vem sendo utilizada de modo adequado, ou seja, promovendo intervenções, mudanças nos contextos pesquisados. Em relação aos resultados observou-se que ao realizar a pesquisa utilizando a PCA, tanto os indivíduos pesquisados, como também o pesquisador de alguma maneira são beneficiados com o processo da pesquisa, uma vez que o ensinar e aprender são processos que ocorrem simultaneamente nas metodologias participativas. Os grupos de convivência podem ser considerados com uma tecnologia de educação que o enfermeiro pode lançar mão quando deseja a participação ativa dos sujeitos implicados em sua prática assistencial. O cuidado compartilhado entre os diversos atores nos diferentes cenários de produção de saúde é um desafio para o enfermeiro, uma vez que visa romper com antigas estruturas de cuidado e pressupõe uma construção coletiva e um novo modo de produzir saúde. **CONCLUSÃO:** Compreende-se que a PCA caracteriza-se como uma modalidade de pesquisa, difundida pela enfermagem com vistas a propor intervenções no campo estudado e nos sujeitos participantes, sendo utilizada assiduamente para investigar a doença crônica. Por fim, considera-se que a PCA está se consolidando como um referencial metodológico inovador na produção do conhecimento comprometido com as mudanças na sociedade e contribuindo para um viver mais saudável de pessoas com problemas crônicos de saúde.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado

**DESCRITORES:** Enfermagem; Pesquisa; Assistência; Doença Crônica.

**DESCRIPTORES**: Nursing; Research; Assistance; Chronic Disease.

**DESCRIPTORES**: Enfermería; Investigación; Asistencia; Enfermedad Crónica.

**REFERÊNCIAS:**

1. Trentini M, Paim L. Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2 ed. revisada e ampliada. Florianópolis: Insular; 2004.

2. Reibnitz KS, Prado ML, Lima MM, Kloh D. Pesquisa Convergente-assistencial: Estudo Bibliométrico de dissertações e teses. Rev Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jul/Set; 21(3): 702-7.

3. Sebold LF, Kempfer SS, Carraro TE, Radünz V. Contribuições de encontros de sensibilização e cuidado para acadêmicos de enfermagem. Rev Enferm UFSM [Internet] 2012 Mai/Ago;[acesso em 2013 jul 22];2(2):386-393. Disponivel em: http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5319/3763

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PLANTAS MEDICINAIS NO CUIDADO À SAÚDE: TENDÊNCIA DAS TESES E DISSERTAÇÕES DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

# MEDICINAL PLANTS IN HEALTH CARE: TREND OF THESES AND DISSERTATION BRAZILIAN NURSING

# PLANTAS MEDICINALES EN SALUD: EVOLUCIÓN DE TESIS Y DISERTACIONES DE ENFERMERÍA BRASILEÑA

HEISLER, Elisa Vanessa[1]
BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin[2]
SCHIMITH, Maria Denise[3]
ALBERTI, Gabriela Fávero[4]
PEROTTONI, Juliano[5]
SILVA, Dalva Cezar da[6]
ROSSO, Laís[7]
HEISLER, Eliana Daniela[8]

1 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGenf- UFSM. E-mail elisa.vanessa@yahoo.com.br
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. E-mail: lourdesdenardin@gmail.com
3 Enfermeira, Doutora em Ciências, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Email: ma.denise2011@gmail.com
4 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermage da Universidade Federal de Santa Maria PPGenf – UFSM. E-mail: g_falberti@hotmail.com
5 Doutor em Bioquímica Toxicológica, Professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM/CESNORS. E-mail: perottoni@ufsm.br
6 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGenf – UFSM. E-mail: dalvacezarsilva@yahoo.com.br
7 Academica e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: laisfrosso@gmail.com
8 Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/CESNORS. E-mail: elianaheisler@yahoo.com.br

**Introdução:** A utilização das práticas complementares de cuidado a saúde é tão antiga quanto o surgimento da espécie humana, pois desde o início da civilização fazem parte das práticas de cuidado familiar e comunitário. Dentre as diversas práticas complementares utilizadas e difundidas pela cultura popular, as plantas medicinais sempre ocuparam lugar de destaque. Por muito tempo foi o principal recurso terapêutico, utilizado para tratar a saúde das pessoas e suas famílias.[1] Com o passar do tempo e os avanços ocorridos no meio

científico, novas maneiras de tratar e curar as doenças foram surgindo. Uma dessas maneiras consiste no uso de medicamentos industrializados, que foram gradativamente introduzidos no cotidiano da sociedade moderna.[2] Porém, apesar do crescimento da indústria farmacêutica, as plantas medicinais continuaram a ser utilizadas pela população como alternativa complementar à terapêutica medicamentosa. Hoje, acredita-se, que esse cuidado realizado por meio da utilização das plantas, seja favorável à saúde humana desde que o usuário tenha conhecimento de sua finalidade, riscos e benefícios.[1] Revela-se assim, a necessidade de um maior domínio desse saber pelos profissionais da saúde, principalmente o Enfermeiro, pois além de facilitar a aproximação do saber popular ao científico, esse espaço de conhecimento do senso comum pode ser utilizado como instrumento de proximidade, autonomia e valorização da cultura de cada ser cuidado.[2] Considerando a importância da sabedoria popular para o cuidado em saúde, tendo conhecimento da publicação e apostando nos benefícios da implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica, pelo Ministério da Saúde, esta pesquisa bibliográfica teve por **objetivo**, verificar, em teses e dissertações da Enfermagem brasileira, aspectos produzidos acerca do uso de plantas medicinais para o cuidado à saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva, estruturado por meio de uma revisão narrativa de literatura. A busca *online* foi realizada no mês de maio de 2013, no Portal de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior (CAPES), pelo campo assunto, por meio da associação das palavras *Enfermagem* e *Plantas Medicinais*, a busca possibilitou encontrar um total de 30 referências entre dissertações e teses. Os critérios aplicados para o refinamento das produções foram: resumos completos das teses e dissertações da Enfermagem, produzidas até o ano de 2012, *online*, que abordassem no título ou no resumo o uso de Plantas Medicinais para o cuidado a saúde, restando neste refinamento 19 referências. Em um segundo momento, para a análise dos resumos selecionados, aprofundou-se a leitura do material, sendo elaborado um quadro sinóptico com os seguintes dados: título, dissertação ou tese, tipo de pesquisa e metodologia, objetivo, universidade de origem e ano de publicação. Após, realizou-se a leitura de todos os títulos e resumos, exploração do material com a determinação das categorias, tratamento dos resultados e por fim a inferência e interpretação por meio de discussão com materiais de referência na área e conclusões sobre o tema estudado. **Resultados:** as Universidades que apresentaram maior número de publicação foram a UFPel com dez Dissertações sobre o assunto e a UFRJ com duas Teses relacionadas ao uso de Plantas Medicinais no cuidado a saúde. Quanto ao ano de publicação constata-se que os anos de 2012, 2011 e 2010, ambos com quatro produções, seguidos pelo ano de 2009, com duas produções, foram os de maior destaque para as produções de Enfermagem neste tema, os anos de 1995, 1999, 2001, 2004 e 2008 aparecem com apenas uma produção cada. O significativo crescimento a partir do ano de 2009 pode estar relacionado com o incentivo do Ministério da Saúde por meio da publicação da PNPIC no SUS e pela Política Nacional de

Plantas Medicinais e Fitoterápicos (2006), para a incorporação destas práticas na Atenção Básica. O estado brasileiro de maior produção na área é o Rio Grande do Sul, pois das 19 referências, 12 foram realizadas por universidades gaúchas. No conjunto de teses e dissertações, selecionadas, constatou-se o predomínio do delineamento qualitativo (em 13 referências), três dissertações não informaram no resumo o tipo de pesquisa e metodologia utilizada e uma fez uso do método quantitativo. As produções selecionadas foram divididas nas seguintes tendências para facilitar a discussão dos resultados: **Saberes e práticas populares acerca do uso de Plantas Medicinais:** Dos 19 estudos selecionados, 13 estão relacionados ao saber popular sobre o uso de plantas medicinais para o cuidado a saúde. Em linhas gerais, a temática em estudo destes trabalhos fica em torno de reflexões e discussões sobre o conhecimento da sabedoria popular acerca do uso de plantas medicinais no cuidado familiar e comunitário, bem como levantamento de plantas utilizadas e comparação do uso do saber popular com o conhecimento científico. Como resultados, as pesquisas mencionam a importância do resgate da sabedoria popular como forma de prevenção, promoção e tratamento de saúde. Demonstra-se que o conhecimento sobre o uso de plantas no cuidado a saúde perpassa por gerações familiares e está imbricado a cultura da população e a experiência empírica, sendo a mulher a principal detentora e difusora desse saber.3 Portanto, pode-se reafirmar que a origem do uso de plantas medicinais como recurso terapêutico não é científica, que ocorreu por meio de um saber e de uma prática historicamente legitimados e difundidos no senso comum.[4] **Saberes e práticas profissionais acerca do uso de Plantas Medicinais:** Cinco dentre os 19 trabalhos selecionados estão relacionados aos saberes e práticas de profissionais, docentes e discentes da área da saúde acerca do uso de plantas medicinais para o cuidado. Nestes estudos, os resultados mencionam que a utilização de plantas medicinais é uma prática presente no cotidiano dos profissionais de saúde, porém ausente em seu espaço de trabalho. Refletindo insegurança na indicação, justificada pela escassa divulgação de validações científicas.[5] **Investigação de eficácia de espécies:** Entre os estudos selecionados, apenas uma dissertação busca a comprovação científicas de planta medicinal utilizada e propagada pela sabedoria popular. Esse baixo número, demonstra a necessidade de novas pesquisas com intuito de comprovação terapêutica das plantas medicinais difundidas pelo senso comum. **Conclusão:** Este estudo permitiu verificar que a Enfermagem brasileira, a partir da década de 1990, vem desenvolvendo teses e dissertações acerca do uso de Plantas Medicinais para o cuidado à saúde, com destaque a partir de 2009. Observou-se, apesar dos avanços ocorridos, certa fragilidade, principalmente no que se refere à implantação da PNPIC e Plantas Medicinais e Fitoterápicos nas práticas de cuidado, demonstrando necessidade da incorporação deste assunto nos currículos acadêmicos das universidades e desenvolvimento de capacitações subsequentes que forneçam respaldo científico aos profissionais e estudantes. No que diz respeito aos assuntos abordado pela Enfermagem em suas dissertações e teses, acredita-se que os estudos estão no caminho, pois em sua maioria tratam dos saberes e práticas do senso comum a respeito do uso de plantas medicinais, pois

sabe-se que diversos medicamentos à base de plantas têm sua origem no saber e prática popular. O conhecimento da população pesquisada, em linhas gerais, está associado a suas origens familiares, transmitido através das gerações. Consagrando-se assim, o saber popular sobre o uso de plantas medicinais, como vasto campo de pesquisa, pois oferece respaldo para estudos científicos que terão significado não apenas à comunidade científica, mas também para a comunidade, família ou pessoa em estudo. Estes achados demonstram a importância e necessidade da participação dos profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro, profissional que detém ligação direta com a população em seu contexto cultural. A participação pode se dar por meio de estudos e pesquisas envolvendo o uso de plantas medicinais, atuando como facilitador deste resgate de conhecimento tradicional e na sua validação científica.

**Área temática:** Processos de cuidado.

**Descritores:** Enfermagem; Plantas Medicinais; Cuidados de Saúde.

**REFERÊNCIAS**

1.Badke MR, Budó MLD, Alvim NAT, Zanetti GD, Heisler EV. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. Rev.Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012; 21(2).p. 363-70.

2.Badke MR, Budó MLD, Silva FM, Ressel LB. Plantas Medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. Rev. Esc Anna Nery (impr.) 2011 jan-mar; 15 (1).p.132-139.

3.Ceolin T. Conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica da região Sul do Rio Grande do Sul. 2009. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2009.

4.Alvim NAT, Ferreira MA, Cabral IE, Almeida Filho AJ. O uso de Plantas Medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. Rev Latino-am Enfermagem, 2006; 14(3).
5.Palma JS. Ações dos profissionais de saúde da Atenção Básica em relação ás plantas medicinais. 2011. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2011.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ANALISE DO CONHECIMENTO PRODUZIDO ACERCA DO SUPORTE SOCIAL RELACIONADOS A HIV\AIDS

# ANALYSIS OF THE KNOWLEDGE ABOUT SOCIAL SUPPORT RELATED TO HIV \ AIDS

# ANÁLISIS PRODUJIDO DE CONOCIMIENTOS SOBRE APOYO SOCIAL RELACIONADOS CON VIH \ SIDA

MURARO, Monica de Fátima Rossato1
SANTOS, Wendel Mombaque dos2
MARCHI, Maressa Claudia de2
PADOIN, Stela Maris de Mello3

1 Estudante, Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Bolsista PROIC HUSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado á Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP_PEFAS). monicamuraro.fisioterapia@gmail.com
2 Enfermeiro(a), Mestrando(a) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do GP_PEFAS.
3 Enfermeira, Doutora Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do GP_PEFAS.

**Introdução:** A síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids) é um problema de saúde pública devido ao grande número de pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)[1]. Poucos agravos à saúde causaram tamanho interesse de profissionais da saúde, de modo que desde a descoberta da Terapia Antirretroviral (TARV), houve um avanço científico e tecnológico permitindo a combinação de um regime terapêutico que melhor se adaptasse ao organismo, a sua adesão é um problema recorrente constituindo o maior determinante da resposta terapêutica[2]. Atualmente, apesar dos esquemas terapêuticos estarem simplificados, com a disponibilidade de combinações de medicamentos cujo uso é mais fácil, existem desafios para a adesão ao TARV, entre eles a rede social de apoio e a auto-eficácia do tratamento medicamentoso[3]. **Objetivos:** Estudo de revisão da literatura, com vistas a sintetizar, reunir e delimitar os resultados de pesquisa sobre questionários de suporte social com portadores de HIV\AIDS. **Metodologia:** Para a revisão foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema, seleção da questão de pesquisa e definição dos objetivos, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, estabelecimento das informações a serem extraídas dos artigos, análise, discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados[4]. Para orientar

este estudo, foi formulada a seguinte questão de pesquisa: De que forma esta sendo utilizado o instrumento de apoio social em portadores de HIV nas pesquisas científicas? A busca bibliográfica foi desenvolvida nas bases de dados eletrônicas Scopus, PubMed, Web of Science, LILACS, Science Direct e MEDLINE. De modo que foram utilizadas as seguintes palavras\palavras-chave\descritores\MeshTerms: "HIV", "acquiredimmunodeficiencysyndrome", "questionnaires", "social support". Para a seleção dos descritores foi utilizado o vocabulário estruturado e trilíngue DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), sendo utilizado somente descritores em inglês por ser a língua oficial que há maior número de publicações e mesmo quando publicados em outras línguas geralmente há a presença de resumos em inglês. A pesquisa foi distribuída em duas fontes principais de buscas de dados, voltada a questão relacionada ao suporte social. O levantamento dos estudos correu no mês de maio de 2013. Tendo como critérios de inclusão: artigos de pesquisa disponíveis em inglês, português, espanhol ou alemão; artigos de pesquisa. Os critérios de exclusão foram: temática não adequada ao tema proposto; artigos sem resumo na base de dados ou incompletos; não ter conseguido o artigo na integra. Para a verificação da área temática foi realizado uma tabela contendo titulo do artigo, resumo, base de dados ao qual estava vinculado e número de identificação naquela base de dados, de modo a garantir uma avaliação cega pelos pesquisadores, evitando possível viés de pesquisa. Após a leitura completa dos manuscritos selecionados, foi preenchido um instrumento de fichamento contendo: referência, resumo, principais resultados e subárea do conhecimento. Visando a redução de possível viés de aferição dos manuscritos (erro de interpretação dos resultados e do delineamento), dois pesquisadores realizaram todas as etapas descritas anteriormente de forma independente, os quais posteriormente foram comparados. Havendo a divergência em um artigo no momento do recorte temático o mesmo é retirado da analise devido a um dos pesquisadores compreender que este não seria necessário para a análise, evitando assim a arguição entre os pares, de modo a manter um maior rigor metodológico. Após leitura artigos selecionados, foi preenchido um instrumento contendo: referência, país onde o estudo foi realizado, subárea do conhecimento, objetivo e metodologia do estudo e principais resultados do estudo. **Resultados:** Os estudos foram classificados conforme os níveis de evidências descritos por Melnyk e Fineout-Overholt[5]. A análise dos estudos relacionados ao suporte social (n=10) possibilitou a identificação do modo que estão sendo utilizados os questionários sobre está temática com portadores de HIV. Com relação ao nível de evidência os artigos relacionados ao suporte social apresentaram nível 3 (10%) e 4 (90%). A maior parte dos estudos de suporte social foi publicada entre 2006 e 2012 (80%). Os Estados Unidos da América concentrou a maior parte das publicações (50%), sendo seguido por Uganda (20%), Tailândia (10%), Kenia (10%) e Espanha (10%). Quanto às subáreas de conhecimento, a maioria pertence à Medicina (60%), Enfermagem (30%) e Psicologia (10%). Os principais achados nos artigos relacionados ao apoio social foram: o apoio social eleva o grau de adesão ao tratamento antirretroviral; a má alimentação, gerando depressão e interfere

negativamente no TARV; a melhor satisfação de vida eleva o apoio social e melhora no tratamento; o sofrimento psicológico leva a não adesão ao TARV; usuários de terapia alternativa tem menor satisfação com o apoio social; a ausência de suporte social diminui a adesão ao tratamento. **Conclusões:** observa-se a necessidade crescente em pesquisar essa temática, devido as suas peculiaridades, fato que pode estar interferindo na busca de novas metodologias para no tratamento. Evidencia-se a importância de pesquisas cientificas voltadas a essas temáticas, para facilitar uma assistência integral, interdisciplinar e humanizada aos pacientes.

**Área temática:** Processo de cuidado.

**Descritores:** HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Questionários; Suporte Social, Enfermagem.

**Referências:**

1 CARVALHO, F. L. et al. Perfil epidemiológico dos indivíduos HIV positivo e coinfecção HIV-Leishmania em um serviço de referência em São Luís, MA, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 18, p. 1305-1312, 2013. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500015&nrm=iso>.

2 POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 15, p. 1201-1208, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700029&nrm=iso>.

3 RODRIGUES, R. M.; BAGNATO, M. H. S. Pesquisa em enfermagem no Brasil: problematizando a produção de conhecimentos. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 56, p. 646-650, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000600011&nrm=iso>.

4 MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. D. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem,** v. 17, p. 758-764, 2008. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&nrm=iso>.

5 MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERH, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. **Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins**, 2005.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# RELATO DE EXPERIÊNCIA O GENOGRAMA E ECOMAPA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ATIVIDADE ACADÊMICA

# THE GENOGRAM AND ECO-MAP IN NURSING CARE FAMILIES IN A FAMILY HEALTH STRATEGY: ACADEMIC ACTIVITY

# EL GENOGRAMA Y ECOMAPA EN FAMILIAS DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR: ACTIVIDAD ACADÉMICA

CARVALHO, Sandra Ost Rodrigues Martins1

1 Enfermeira, Mestre em enfermagem pela UFSM, docente do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Santiago, RS. sandrinhaost@yahoo.com.br

**Introdução**: A Política Nacional de Atenção Básica descreve os modos de trabalho das equipes de saúde da família norteando a prática para o cuidado familiar ampliado, concretizado pelo conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias visando propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade[1]. Algumas práticas acadêmicas nas Unidades de Saúde ainda têm se focado no cuidado ao indivíduo, na recuperação da saúde, em menor escala na prevenção de agravos e de forma muito incipiente na promoção de saúde. Sendo que, para assistir à família, é necessário conhecer os fatores que influenciam suas experiências, no processo saúde e doença. Entender a saúde da família, como estratégia de mudança, significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todos os grupos envolvidos na produção social da saúde. Então, reconhecendo que é na ESF que se encontra a possibilidade de vínculo entre a comunidade e os profissionais, formando elos de confiança, acreditou-se que este trabalho com famílias por meio de visitas domiciliárias e utilização dos instrumentos do genograma e ecomapa seriam maneiras de qualificar o cuidado às famílias propiciado pelos acadêmicos em suas práticas. O genograma é freqüentemente coligado ao ecomapa. Esses instrumentos mostram o desenvolvimento e formato da estrutura da família, fornecem elementos sobre o contexto de vida da família. Nessa perspectiva, o **objetivo** deste trabalho é relatar a experiência acadêmica da utilização do genograma e ecomapa no cuidado às famílias em uma estratégia de saúde da família do município de Santiago RS. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de práticas curriculares do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus de Santiago, realizadas no período de abril a junho, por intermédio

da disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva II. Essa prática se deu através da inserção dos acadêmicos nas atividades do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. Entre essas, elencamos nesse momento como prioridade, as visitas domiciliárias com a construção do genograma e ecomapa de uma família por cada dupla de acadêmicos. As famílias foram selecionadas com a sugestão dos agentes comunitários de saúde(ACS). A primeira visita foi realizada acompanhada pela enfermeira supervisora da prática e os ACS. Logo, os acadêmicos agendavam as próximas visitas conforme a disponibilidade da família em recebê-los. **Resultados e Discussões:** Através das visitas domiciliárias realizadas e da construção dos genogramas e ecomapas, foi possível formar um vínculo com essas famílias, permitindo aos acadêmicos a identificação da composição, caracterização e relação afetivas e sociais das mesmas. Vale destacar que as famílias foram envolvidas ativamente no processo, relatando a história de sua origem, as particularidades dos seus membros, os acontecimentos significativos de suas histórias e as condições de saúde da família. O genograma demonstra a representação gráfica de dados sobre a família, e durante a sua construção há a visualização da dinâmica familiar e as relações entre seus membros, através de símbolos e códigos padronizados, em pelo menos três gerações[2]. Para construção desse foi preciso definir uma pessoa de origem, que denominamos usuário índice, para tomarmos como ponto referência para as relações interpessoais familiares e geracionais de ascendência e descendência. Também faz com que a própria família identifique quais os membros que a integram, as relações estabelecidas entre si. O ecomapa fornece uma visão ampliada da família, desenhando a estrutura de sustentação e retratando a ligação entre a família e o mundo. Esse instrumento conecta as circunstâncias ao meio ambiente e mostra o vínculo entre os membros da família e os recursos comunitários. Representa ausência ou presença de recursos sociais, culturais e econômicos, de um determinado momento do ciclo vital da família, havendo modificação ao longo do tempo, portanto dinâmico, como relatado por eles. É um diagrama das relações entre a família e a comunidade e ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família[3]. No ecomapa os membros da família são representados no centro do círculo. Já a rede social da família aparece em círculos externos. As linhas indicam o tipo de conexão: linhas contínuas representam ligações fortes, pontilhadas ligações frágeis, linhas tortuosas demonstram aspectos estressantes e as setas significam energia e fluxo de recursos[1]. As principais relações apresentadas pelas famílias visitas foram a igreja, os centros comunitários, a escola das crianças (filhos e netos) e o ESF**.** Esse contato dos alunos com essas famílias fortaleceu as ações em saúde dentro da ESF, pois o acadêmico pode reconhecer a responsabilidade e a necessidade do enfermeiro entender as dimensões que a família está inserida. Durante a apresentação destes trabalhos à equipe da ESF, percebeu-se o interesse deles em continuar essas práticas com genograma e ecomapa com algumas famílias elencadas por eles mesmos. Contudo, o cuidado de enfermagem com família é, sem dúvida, um desafio porque precisa ir além do modelo centrado no indivíduo, que ainda prevalece em muitos espaços de saúde. É preciso reconhecer que a família se constitui em um amplo campo de

intevenção e pesquisa para enfermagem. **Conclusões:** A visualização do genograma e ecomapa das famílias possibilitou-nos conhecê-las, suas estruturas, características, relações e suas histórias. Ficou claro após a realização das práticas que essa iniciativa facilita a comunicação e a interação entre as famílias e o profissional, tornado o cuidado de enfermagem mais resolutivo e qualificado. É fundamental a inserção desses espaços na formação cumprindo com a difícil tarefa de exercitar a visão ampliada do profissional enfermeiro e assim contribuindo para que esses instrumentos sejam utilizados no processo de trabalho da Equipe de saúde que atua naquela comunidade.

**Descritores:** Família; Enfermagem; Saúde da família.

Á**rea temática:** Processos de cuidado

**REFERÊNCIAS**

1. Pereira APS, Teixeira GM, Bressan CAB, Martini JG. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Rev Bras Enferm. 2009;62(3):407-16.

2. Bousso RS, Angelo M. A enfermagem e o cuidado na saúde da família. In: Ministério da Saúde (BR). Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Manual de Enfermagem. São Paulo: IDS; 2001, p. 18-22.
3. Mello DF, Viera CS, Biasoli-Alves ZMM, Simpionato E, Nascimento LC. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. Rev Bras Cresc Desenv Hum. 2005;15(1):78-88.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DAS PESSOAS COM ESTOMIA E AS IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

# TRENDS OF SCIENTIFIC PRODUCTION ABOUT PEOPLE WITH OSTOMY AND IMPLICATIONS FOR NURSING

# TENDENCIAS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE LAS PERSONAS CON OSTOMÍA E IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERÍA

CARVALHO, Sandra Ost Rodrigues Martins1

1 Enfermeira, Mestre em enfermagem pela UFSM, docente do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Santiago, RS. sandrinhaost@yahoo.com.br

**Introdução:** A incidência e prevalência de doenças crônicas têm aumentado desde o início do século XX. Consequentemente, as necessidades das pessoas que passaram a viver nessa condição são significativas exigindo cuidados específicos. A estomia (colostomia/ileostomia) é uma derivação intestinal feita cirurgicamente na porção do intestino grosso e intestino delgado respectivamente, com fixação da alça no abdômen. Sua indicação ocorre na maioria das vezes em decorrência de patologias crônicas como doença de Chagas, doença de Chron, câncer, dentre outras[1]. Conhecida desde o ano 350 a.C., a estomia é considerada uma das mais importantes realizações cirúrgicas porque possibilita a sobrevida da pessoa acometida por câncer colorretal[2]. No Brasil, ao se analisar a distribuição proporcional da ocorrência de casos de câncer na população que são as maiores causas das estomias, observa-se que o câncer do intestino grosso (cólon, junção retossigmóide, reto e ânus) encontra-se como o quarto tipo de câncer mais incidente em homens e o terceiro entre as mulheres[1]. A pessoa submetida a este tipo de intervenção enfrenta várias modificações no seu dia-a-dia, as quais ocorrem não só em nível fisiológico, mas também em nível emocional, social e cultural, como pode-se verificar em alguns estudos[3]. A presença de um estoma pode resultar assim, num primeiro momento, em uma morbilidade emocional, contribuindo para uma diminuição/deterioração da sua qualidade de vida[3]. Além das dificuldades emocionais, a estomia gera uma série de alterações de ordem física que prejudica o convívio social. Como consequência, a pessoa sente-se muito diferente das outras e até mesmo excluída. Isso ocorre porque todo ser humano constrói, ao longo de sua vida, uma imagem de seu próprio corpo, que se ajusta aos costumes, ao ambiente em que vive, enfim, que atende às suas necessidades para se sentir situado em seu próprio mundo. Essa situação traz à tona uma série de aspectos importantes que deverão fazer parte do planejamento da assistência de enfermagem e que seja relevante no sentido

de proporcionar uma reabilitação que vise a uma adaptação à sua nova condição de vida[1]. Acredita-se, então, que o apoio e o cuidado de enfermagem contribuem para manter a saúde das pessoas, permitindo que elas consigam melhor enfrentar acontecimentos desagradáveis, aumentando a auto-estima e a vontade de viver, o que contribui também para um bom andamento do tratamento e melhor convivência com essa situação de vida. A partir dessas considerações desperta-se a instigação para uma busca bibliográfica de dissertações e teses no referido assunto, com o **objetivo** de conhecer a tendência da produção dos programas de pós-graduação e enfermagem acerca das pessoas com estomia. **Metodologia**: O percurso metodológico dessa busca configura-se de uma pesquisa bibliográfica realizada no mês de novembro de 2011 no Banco de Teses e Dissertações da CAPES-Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, usando como palavra chave "estomia". Utilizou-se somente essa palavra, em função de que associada a outras palavras reduzia muito as buscas**.** Tem-se como critério de inclusão: resumos de teses e dissertações da área da enfermagem produzidas a partir do ano de 1987, que é a partir desta data que a CAPES tem disponibilizados os resumos dos trabalhos, mediante o fornecimento destes pelos programas de pós-graduação. **Resultados**: Em um primeiro momento obteve-se 60 resumos, sendo 17 de teses e 43 de dissertações. Após a leitura dos títulos dos trabalhos e de acordo com os critérios de inclusão, constituiu-se em material de análise apenas cinco teses e 18 dissertações. Dessas realizou-se a leitura dos resumos na íntegra e partiu-se para uma caracterização dos estudos. Quanto ao ano, destaca-se que obteve-se cinco estudos em 2010, cinco em 2008, quatro em 2007, dois em 2006 e os outros um por ano. Quanto ao tipo de estudo, 21 caracterizaram-se de estudo de campo e dois de revisão integrativa de literatura. Onze dos estudos são da instituição de estudo USP (Universidade de São Paulo), dois da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), dois da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), dois da UBR (Universidade de Brasília) e o restante um da Universidade Federal da Bahia, um da Universidade Federal do Piauí, um da FURG, um da UEM (Universidade Estadual de Maringá, um do Centro Universitário São Camilo e um da Universidade de Guarulhos. Desses, 20 são de abordagem qualitativa e três quantitativa. Em relação aos sujeitos, 21 dos estudos referem que são pessoas com estomia e dois deles, os sujeitos são profissionais de enfermagem. Em relação à temática, prevalece, com sete estudos, as questões sociais, culturais, econômicas, de apoio, emocionais das pessoas com estomia seguido de quatro estudos que referem o cuidado de enfermagem como o principal prestado a essas pessoas e ainda dois estudos que citam a educação em saúde como foco no desenvolvimento do cuidado com as pessoas com estomia. **Conclusões**: Após a leitura e análise dos resumos selecionados percebeu-se que a produção de enfermagem acerca das pessoas com estomia aborda diversos aspectos desse momento na vida dos sujeitos, com discussões que vão além das questões biológicas. Apesar do avanço nos serviços de saúde com e do empenho de muitos profissionais, a atenção à saúde dessas pessoas com estomia ainda exige muitos investimentos tanto em práticas diferenciadas de cuidado, quanto pesquisas científicas sobre o assunto.

Á**rea temática:** Processos de cuidado

**Descritores:** Estomia; Enfermagem; Cuidados de enfermagem.

**REFERÊNCIAS**

1. MARUYAMA S.A.T, ZAGO M.M.F. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. Rev Latino Americana Enfermagem. 2005;13(2):216-22.

2. CASCAIS, A.F.M.V, MARTINI, J.G, ALMEIDA, P.J.S O impacto da ostomia no processo de viver humano. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Jan-Mar; 16(1): 163-7.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2006: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2006 Acesso em: 24 set 2010

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ADOLESCENTES COM HIV/AIDS: TENDÊNCIAS DE TESES E DISSERTAÇÕES EM ENFERMAGEM

# ADOLESCENTS WITH HIV / AIDS: TRENDS OF THESES AND DISSERTATION IN NURSING

# ADOLESCENTES CON VIH / SIDA: TENDENCIAS DE TESIS Y TESIS EN ENFERMERÍA

PIOVESAN, Graziela1
PAULA, Cristiane Cardoso de2
PADOIN, Stela Maris de Mello3
SILVA, Clarissa Bohrer da4
ANTUNES, Bibiana Sales5

1 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria- PPGEnf UFSM. E-mail: grazielapiovesan@hotmail.com
2 Enfermeira Doutora. Prof. Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM.
3 Enfermeira. Doutora. Prof. Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM.
4 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Bolsista FAPERGS/CAPES.
5 Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM.

**Introdução:** A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. No Brasil, é destacada pelas desigualdades sociais e regionais que o País é acometido. A propagação da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é representada pelo aumento e diversificação dos seguimentos populacionais.[1] Ao longo dos anos ocorreram diversos avanços no conhecimento da infecção pelo HIV, dentre eles, destaca-se a evolução dos antirretrovirais (ARVs). Nesse sentido, o TARV possibilita a diminuição da morbimortalidade e o aumento significativo na expectativa e na qualidade de vida das pessoas infectadas.[2] O uso efetivo do TARV sofre influência de diversos fatores que implicam no grau de adesão ao tratamento. Dentre esses fatores destacam-se a disponibilidade de acesso aos serviços, frequência e realização de exames laboratoriais, consultas, retiradas de medicamentos, entre outros, tornando-se um processo interativo, dinâmico e contínuo.[3] A dificuldade em aderir a medicação é multiplicada quando vivenciada por sujeitos na adolescência, visto que esta etapa, por si só, já é permeada de incertezas, devido as intensas transformações do

indivíduo nesta fase da vida. Para adolescentes com a doença, e que utilizam da medicação, estas transformações potencializam a dificuldade na adesão ao tratamento.[4] Nesse sentido, a adesão é considerada o maior determinante da resposta terapêutica. O que implicará em um dos maiores desafios para sua manutenção, considerado um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração do regime terapêutico no cotidiano das pessoas com AIDS, o que pressupõe a sua participação nas decisões.[5] Diante do exposto, este trabalho tem como **objetivo** identificar e analisar as teses e dissertações de enfermagem que abordam a temática do adolescente com HIV/AIDS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura desenvolvida no Banco de Dissertações e Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no período compreendido entre o mês de junho de 2013. Para busca dos estudos utilizaram-se as palavras enfermagem, adolescente e aids. Os critérios de inclusão foram: dissertação ou tese do Curso de Enfermagem na temática; com resumo na íntegra disponível em suporte eletrônico. Como critérios de exclusão: teses e dissertações que não abordassem os adolescentes como sujeitos da pesquisa. Para a seleção foi desenvolvida a leitura dos títulos e dos resumos. Foram realizadas investigações com as palavras "Enfermagem, adolescente e hiv" e encontradas 25 produções. Com as palavras "Enfermagem, adolescente, hiv, aids" perfazendo um total de 17 produções. Foi optado pelas palavras "Enfermagem, adolescente e aids", pois continham nesta busca pesquisas encontradas nas outras duas investigações apresentadas anteriormente. Foram encontradas 29 Teses e Dissertações, as quais foram analisadas conforme critérios pré-estabelecidos. O corpus da pesquisa foi constituído de 22 estudos que foram organizados em um quadro sinóptico, contendo as seguintes variáveis: Ano; Autor; Universidade; Título do trabalho; Resumo completo; Área do conhecimento; Abordagem Metodológica; Tipo de produção tese ou dissertação; Região geográfica; Cenário do estudo; Sujeitos e objetivo do estudo. A análise teve um primeiro momento descritivo em que os dados foram tabulados e analisados sob forma de estatística simples, sendo apresentados em tabelas com a distribuição de frequências absolutas e relativas e a seguir foi aplicada a análise de conteúdo. **Resultados:** Os resultados demonstram que a enfermagem junto à equipe de saúde tem atuado com intuito de proporcionar espaços para o adolescente, pois esse possui necessidades inerentes ao viver dessa fase somada à sua condição sorológica. Em relação à abordagem utilizada, 72,7% (N=16) correspondem a pesquisas do tipo qualitativa, 22,7% (N=5) são do tipo quantitativa e 4,5% (N=1) a pesquisa quanti-quali. Referente ao cenário das pesquisas salienta-se o cenário escolar com 50% (N=11); cenário hospitalar com 18,2% (N=4); a Igreja aparece com 4,6% (N=1); Centro de Referência de DST/HIV/AIDS com 4,6% (N=1); Programa de Saúde da Família (PSF) 4,6% (N=1); Núcleo Albergue, instituição vinculada à Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social com 4,6% (N=1) das pesquisas; 4,6% (N=1) correspondem à Grupo Gestor Municipal (GGM) do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), outros 4,6% (N=1) têm como cenário abrigo e em 4,6% (N=1) não consta o cenário da pesquisa nos resumos. A partir dos resultados pode-se constatar que embora grande parte dos estudos

tenha sido desenvolvida no espaços de saúde como por exemplo hospitalar e PSF, a enfermagem vem ampliando espaços de pesquisa no âmbito escolar, comunidade, abrigos e outras instituições de apoio à saúde como secretaria de saúde, grupos gestores. Em relação aos tipos de pesquisa publicadas 91% (N=20) são dissertações de mestrado, e 9% (N=2) correspondem à tese de doutorado. Os dados demonstram um crescimento de pesquisadores na enfermagem, destacando-se a incidência de mestres em enfermagem em sua maioria. Quanto ao objetivo do estudo 54,6% (N=12) as pesquisas focaram na compreensão das experiências e do conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade e HIV/AIDS; 13,6% (N=3) para compreender a importância de espaços crítico-reflexivo voltado para HIV/AIDS; 13,6% (N=3) para compreender o cotidiano de tratamento; 9% (N=2) estudos para compreender como educação em saúde realizada por enfermeiros podem auxiliar os adolescentes; 4,5% (N=1) compreender a forma como os familiares realizam educação sexual; 4,5% (N=1) a influência do HIV na vida dos adolescentes. No que diz respeito ao ano de publicação, as produções compreenderam-se entre os anos de 1994 a 2012. Conforme estes dados, as pesquisas foram categorizadas de quatro em quatro anos, sendo o período entre os anos de 2006 a 2009 com maior índice de pesquisas referentes à tese de doutorado e dissertação de mestrado resultando em 50% (N=11) de produções. Em relação a porcentagem de produções cientificas sobre a temática nas regiões brasileiras salientam-se as regiões Sudeste 45,5% (N=10), Nordeste 31,9% (N=7) e Sul 22,7% (N=5). Na categoria Instituição, ressalta-se que apareceram onze instituições com pesquisas de mestrado e doutorado. As três principais universidades com total de estudos realizados nesta área temática são: Universidade Federal do Rio de Janeiro 31,9% (N=7); Universidade Federal do Ceará 18,2% (N=4) e Universidade Federal de Rio Grande 9,1% (N=2). Por meio destes dados, pode-se identificar que as regiões sudeste e nordeste do Brasil representadas pelas instituições dos Estados do Ceará e Rio de Janeiro possuem maior produção na temática, posteriormente, encontra-se a região sul com a instituição de Rio Grande no Estado do Rio Grande do Sul. Isso vai ao encontro com o número de habitantes dessas regiões, bem como o número de instituições com Programa de Pós-Graduação em nível de mestrado e doutorado. **Conclusão:** Por meio da busca por produções que abordassem a temática do adolescente com HIV/AIDS, constatou-se que as pesquisas estão voltadas para as experiências e conhecimento dos adolescentes acerca da doença. Porém, identificaram-se lacunas na inserção do profissional no cotidiano do tratamento e acompanhamento de saúde dos adolescentes com HIV/AIDS abordando o contexto psicossocial em que este se insere. Percebe-se a necessidade da enfermagem preparar-se para acolher e formar vínculo com esta população e para contemplar as demandas que ela necessita em qualquer momento da vida, principalmente ao acompanhamento a adesão ao TARV, para isso é necessário comprometimento, capacitação e apoio constante aos profissionais de saúde.

**Área temática:** Processos de Cuidado.

**Descritores:** Síndrome da imunodeficiência adquirida; Enfermagem; Adolescente.

**Descriptors**: Acquired immunodeficiency syndrome; Nursing; Adolescents.

**Descriptores**: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Enfermería; adolescentes.

**REFERÊNCIAS**

1. SOUZA, A.C.A.; SUASSUNA, D.S.B.; COSTA, S.M.L. **Perfil Clínico-Epidemiológico de Idosos com Aids.** DST - J bras Doenças Sex Transm. 2009;21(1):22-6. 1

2. POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl. 10, p. 1201 – 1208, 2010.

3. CARACIOLO, J. M. M.; et al. **Manual de boas práticas de adesão HIV/Aids.** Sociedade Brasileira de Infectologia, 2008.

4. COELHO, P.S.; **Vulnerabilidade do adolescente escolar a doença sexualmente transmissível:** fundamentando a promoção da saúde.2006.190f. (Dissertação mestrado em enfermagem) Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

5. PADOIN, S. M. M.; et al. Cotidiano terapêutico de adultos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 18, n. 3, p. 389-93, 2010.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# VIVÊNCIAS DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA PRÉ-OPERATÓRIA

## ACADEMIC EXPERIENCES OF NURSING CARE IN PREOPERATIVE

## EXPERIENCIAS ACADÉMICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PREOPERATORIA

ARBOIT, Jaqueline1
HIRT, Maiara Carmosina2
SCHONS, Vanessa Fátima2
BORTOLI, Vanessa da Silva2
ROESSLER, Gabriela Andreatta3
ARBOIT, Éder Luís4

1Acadêmica do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem UFSM. E-mail: jaqueline.arboit@hotmail.com.
2Acadêmicas do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Bolsistas do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem UFSM.
3Acadêmica do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões.
4 Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGenf- UFSM. Professor Substituto da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Especialista em Educação Profissional na área da Saúde: enfermagem, Saúde Coletiva e da Família; Terapia Intensiva e Gestão Hospitalar.

**Introdução:** As intervenções cirúrgicas basicamente se apresentam em três etapas distintas: o pré, o trans e o pós-operatório, representando para o usuário uma situação complexa e específica, haja vista que necessita de um preparo anterior, tanto no contexto individual, quanto familiar, social ou profissional, colaborando para o despertar de alterações de ordem emocional como ansiedade e apreensão[1]. A fase pré-operatória compreende o período de tempo em que o paciente, equipe cirúrgica e anestesiologia conjuntamente optam pela realização do procedimento cirúrgico – seja cirurgia eletiva de urgência ou de emergência – até o momento em que o usuário é encaminhado ao centro cirúrgico. Neste sentido, é de competência do enfermeiro nesta etapa do perioperatório, realizar uma avaliação minuciosa do paciente, a partir do exame físico e emocional, obtenção dos históricos clínico e anestésico, identificação de problemas genéticos e alergias, conferência de resultados de

exames, características estas que podem influenciar positiva ou negativamente no resultado do procedimento cirúrgico[2]. Nesta conjuntura, depreende-se que o usuário uma vez acometido por uma patologia acaba por tornar-se suscetível a várias situações, e, portanto, requer uma atenção direcionada de modo que não seja visto enquanto uma máquina a ser consertada ou um objeto a ser restaurado, mas sim de modo holístico, como ser humano com a sua dignidade e especificidades[3]. Considerando as particularidades da assistência no pré-operatório contextualizada na instituição hospitalar, atualmente busca-se ampliar ações de humanização neste espaço. Assim, a humanização hospitalar pode ser compreendida como uma gama de princípios e atitudes, dentre os quais podem ser citados, consideração pela saúde física e psicológica do paciente, respeito, ausência de estigmas, consideração pelos valores, crenças e realidade (individual, familiar e comunitária) do cliente, promoção de sua integração no ambiente hospitalar, estabelecimento de boa comunicação e respeito ao seu direito a informação clara e objetiva[4]. Uma estratégia que tem se mostrado efetiva na realização de orientações durante o pré-operatório é a conversa informal, pois esta possibilita que o usuário sinta-se mais confortável para efetuar questionamentos e relatar experiências anteriores[1]. Contudo, a existência de um espaço formal e singular para a comunicação usuário-enfermeiro acerca da vivência pré-operatória é relevante e tem o potencial de proporcionar maior visibilidade à educação em saúde, provocando nos profissionais o reconhecimento desta atividade como constituinte do seu processo de trabalho diário[1]. Assim, são inúmeros os desafios impostos ao enfermeiro para o desenvolvimento de um cuidado qualificado durante o pré-operatório, pois este cuidado deveria integrar o preparo direcionado aos aspectos físicos e psicológicos do usuário a ser submetido a cirurgia de acordo com a especificidade de cada uma, buscando minimizar possíveis desconfortos e dúvidas tanto deste quanto de sua família[5]. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul no cuidado aos pacientes na fase pré-operatória, relatando os sentimentos experimentados por estes. **Metodologia:** Este estudo trata-se de um relato de experiência, de acadêmicos de enfermagem desenvolvido a partir de atividades teórico-práticas em uma Unidade de Clinica Cirúrgica. O componente curricular "Enfermagem no Cuidado ao Adulto em Situações Críticas de Vida" está vinculado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões possui carga horária de 390 horas e as atividades são realizadas nas áreas da Clinica Médica e Cirúrgica, Centro cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva e Saúde Mental. O cenário onde as atividades foram realizadas é uma instituição hospitalar de médio porte com cerca de 100 leitos situado na região Norte do Estado do Rio Grande do Sul. Esta instituição realiza em média 180 cirurgias/mês. A unidade de clinica cirúrgica possui 35 leitos e os principais procedimentos cirúrgicos realizados são aqueles relacionados ao trato gastrointestinal, ginecológico e traumato-ortopédicos. **Resultados Principais:** A assistência de Enfermagem pode se dar em diferentes espaços de cuidado, dentre os quais se destaca a área cirúrgica, em que o profissional enfermeiro, desempenha

papel fundamental nas fases pré-operatória, trans-operatória e pós-operatória. Neste contexto, no que tange aos cuidados pré-operatórios, estes devem integrar o paciente e família, a partir da realização de orientações relativas ao procedimento anestésico-cirúrgico, as quais devem ser repassadas de modo objetivo, com linguagem simples e de fácil compreensão. A finalidade de desenvolver orientações desta natureza deve-se ao fato de que é de fundamental importância sanar dúvidas, transmitir confiança e ofertar apoio de cunho emocional. Ao longo das atividades práticas evidenciou-se que muitos pacientes encontram-se em situação de fragilidade e angústia. Entende-se que tais sentimentos são desencadeados pelo conhecimento quase que inexistente dos pacientes acerca do procedimento cirúrgico que será realizado e muitas vezes déficit de informações adequadas, as quais deveriam ser repassadas pelos profissionais que assistem o usuário. Considera-se que a internação hospitalar por si só já compreende uma vivência delicada, a qual associada à intervenção cirúrgica torna-se mais difícil de ser enfrentada. Neste sentido, o estabelecimento de uma relação de diálogo entre paciente, família e equipe configura-se como um dispositivo estratégico no processo de cuidado, uma vez que o paciente a ser submetido à cirurgia se apresenta em situação de vulnerabilidade emocional, física e psicológica. Desta forma, a assistência ao paciente no pré-operatório deve ser pautada em ações que envolvam as diferentes faces do sujeito bio-psico-social, desenvolvendo um cuidado humanizado e integral, considerando as particularidades de cada usuário com vistas à promoção do seu bem-estar físico e mental. Entende-se que a instrumentalização teórico-prática e relacional dos profissionais, em especial do enfermeiro é fundamental para a prestação de uma assistência de enfermagem segura e eficaz ao paciente, principalmente no que tange a assistência no período pré-operatório. Assim sendo, o processo de formação acadêmica é extremamente relevante. Estudos revelam que os as orientação previas a cirurgia propiciam uma recuperação mais eficaz e tranquila no pós-operatório, demonstrando sentimentos de serenidade, calma, confiança, o que favorece positivamente o processo de recuperação e reduz as complicações[1]. **Conclusões:** A realização das atividades teórico-práticas na unidade de clinica cirúrgica possibilitou às acadêmicas a experiência de cotidiano da enfermagem na assistência ao paciente cirúrgico. Também possibilitou compreender a importância do papel do enfermeiro nesta unidade, ao acompanhar usuário e família em uma situação de incertezas e receios acerca do processo saúde-doença mediante uma conduta baseada no conhecimento técnico-científico, nos aspectos éticos e no respeito. Estas atividades de cuidado sempre foram pautadas no conhecimento científico, na humanização, no respeito, e na ética de acordo com as necessidades de cada indivíduo. Assim, o cuidado pressupõe capacidade para a escuta e o diálogo, além de disponibilidade para perceber o outro, como um sujeito com potencialidades, resgatando a autonomia e estimulando a cidadania. A experiência ainda, proporcionou espaço de aprendizagem e aprimoramento dos conhecimentos teórico-práticos, contribuindo na formação acadêmica e futura atuação profissional. Ressalta-se que a atuação do enfermeiro na assistência pré-operatória é imprescindível, uma vez que este é o profissional da equipe que se encontra

mais próximo do paciente durante o processo de internação, podendo implementar práticas balizadas na promoção e reabilitação da saúde, e prevenção de complicações pós-operatórias. Neste contexto, ressalta-se a necessidade dele deve ter uma visão ampliada do processo saúde-doença que entende o sujeito em sua totalidade.

**DESCRITORES:** Assistência de Enfermagem; Enfermagem Pré-operatória; Hospitalização.

**DESCRIPTORS:** Nursing Care; Preoperative Nursing; Hospitalization.

**DESCRIPTORES:** Cuidados de Enfermería; Enfermería preoperatoria; Hospitalización.

**ÁREA TEMÁTICA:** Processos de Cuidado

**Referências**

1.Santos J, Henckmeier L, Benedet SA. O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. Enfermagem em Foco, 2011; 2(3):184-187.

2.Brunner LS, Suddarth SS. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

3.Silva WV, Nakata S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. Rev Bras Enferm, 2005; 58(6):673-6.

4.Rech CMF. Humanização hospitalar: o que os tomadores de decisão pensam a respeito? [Dissertação]. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2003.

5.Christóforo BEB, Carvalho DS. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. Rev Esc Enferm USP, 2009; 43(1): 14-22.

# PROMOVENDO A CONSCIENTIZAÇÃO DA DOAÇÃO DE SANGUE: PROJETO CIRCULAÇÃO

# PROMOTING AWARENESS OF BLOOD DONATION: CIRCULATION PROJECT

# PROMOCIÓN DE LA CONCIENCIA DE LA DONACIÓN DE SANGRE: PROYECTO CIRCULACIÓN

TIMM, Marcella Simões1
RESSEL, Lúcia Beatriz2
VENTURINI, Larissa3
CREMONESE, Luiza4
VOLMER, Cristiana5
CARDOSO, Andreza Lima 6
POSSATI, Andrêssa Batista 7
ROSSO, Laís Fuzer 8

1 Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET). Email: marcella.timm@hotmail.com
2 Enfermeira. Doutora. Professora adjunta do departamento de enfermagem da Universidade federal de Santa Maria.
3 Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET).
4 Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET).
5 Acadêmica do 4º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET).
6 Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PET-Saúde.
7 Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET).
8 Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET).

**Introdução:** o sangue é um tecido líquido que circula pelo corpo, carreando oxigênio e nutrientes a todos os órgãos[1]. A ciência avançou muito e fez várias descobertas na área da saúde, mas ainda hoje não encontrou um substituto para o sangue humano, de modo que quando uma pessoa precisa de uma transfusão sanguínea, ela só pode contar com a solidariedade de outras pessoas[2]. Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) n° 153, de 14 de junho de 2004, que

regulamenta tecnicamente os procedimentos hemoterápicos, a doação de sangue deve ser um ato voluntário, altruísta e não remunerado, sendo o sangue obtido através desta prática destinado à transfusões naqueles que necessitam[3]. As leis brasileiras determinam ao poder público estimular a doação de sangue como ato relevante de solidariedade humana e compromisso social e proíbe que a doação seja feita de forma remunerada[4]. A doação de sangue é um ato de solidariedade e de cidadania, é um procedimento rápido e seguro. Porém, mesmo com vários canais de informação no Brasil, o tema ainda é cercado por mitos e conceitos equivocados em relação à doação de sangue. O Brasil necessita diariamente de 5.500 bolsas de sangue, mas apenas 1,7% da população são doadores, quando o recomendado pela Organização Mundial da Saúde é de 3 a 5% da população[5]. Acredita-se que este índice é consequência dos muitos mitos e tabus que se perpetuam na sociedade, do desconhecimento da importância da doação de sangue e da falta de credibilidades nos serviços de saúde. Doar sangue é um ato simples, tranquilo e seguro que não provoca risco ou prejuízo à saúde. Se cada pessoa saudável doasse sangue espontaneamente pelo menos duas vezes ao ano, os Hemocentros teriam Hemocomponentes suficiente para atender toda população. Uma única doação de sangue pode ajudar até 3 vidas. No município de Santa Maria o Hemocentro Regional recebe em torno de 25 doadores por dia e este número baixa em época de férias, devido a isto se torna importante a realização de ações que promovam a doação de sangue e conscientização da população frente ao tema. Partindo disto, o Programa de Educação Tutorial (PET) do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) juntamente com outros grupos PET e com o Hemocentro Regional de Santa Maria criou o projeto intitulado "Circulação", o mesmo objetiva promover ações que fomentem a doação de sangue e a conscientização do público para que este ato torne-se efetivo e contínuo. Ações regulares e intensivas de incentivo à doação de sangue devem ser priorizadas no âmbito universitário, a fim de reforçar entre a comunidade universitária esse ato de solidariedade e sua importância. Tais ações visam, também, contribuir para a sensibilização do grupo acerca do tema, de modo que o medo e a falta de interesse não sejam fatores de impedimento para a doação de sangue. **Objetivo:** este trabalho tem o objetivo de ressaltar a importância de ações que visem a doação de sangue, relatando assim a experiência em uma das ações promovidas pelo projeto "Circulação". **Metodologia:** O projeto "Circulação" é composto pela participação de alguns grupos do Programa de Educação Tutorial da Universidade Federal de Santa Maria em parceria com o Hemocentro Regional de Santa Maria. O mesmo teve inicio no segundo semestre de 2012, e as ações são promovidas uma vez por semestre. O relato consiste desta maneira, da segunda ação, que ocorreu em frente ao Restaurante Universitário no dia 28 de Maio de 2013, onde foi disponibilizada pelo Hemocentro Regional de Santa Maria, uma Unidade Móvel para coleta de sangue (ônibus). O processo teve inicio com o cadastro do voluntário, após, triagem na qual foi ou não apto a doar seu sangue e assim, a coleta. Após a doação de sangue, o voluntário recebeu um lanche composto por sanduíche, bombom e suco e foi orientado a repousar por alguns minutos

para evitar seu enfraquecimento e possível desmaio, para esse repouso, foram disponibilizadas cadeiras com escora para o braço. Ressalta-se que é de compromisso dos responsáveis pela realização da ação, ou seja, integrantes do Programa de Educação Tutorial providenciar mesas e cadeiras, fazer a divulgação via rede social, providenciar a confecção de camisetas para que aconteça uma uniformização e ainda, manter uma parceria com o Hemocentro Regional de Santa Maria com responsabilidade. **Resultados:** percebeu-se que a comunidade acadêmica tem interesse em participar da campanha, porém a dificuldade e disponibilidade de tempo são empecilhos, mas, o fato de a ação ocorrer no campus da UFSM incentivou a participação acadêmica, podendo ser realizada a doação em intervalos das aulas e/ou períodos vagos. A divulgação através das redes sociais e o local onde a Unidade móvel estacionou também foram pontos positivos que levaram à mobilização do público. A ação realizada possibilitou que arrecadássemos em torno de 70 bolsas de sangue, com este número poderão ser salvas até 210 pessoas. Com isto notamos que apesar da evolução técnico-científica, ainda torna-se fundamental a efetivação de ações voltadas à doação de sangue a fim de facilitar o suprimento dos estoques e promover a conscientização do público a fim de tornar-se um ato cultural. A ação teve como público envolvido, a comunidade universitária, bem como profissionais da área da saúde como médico, enfermeiros, farmacêuticos e uma ambulância do Hemocentro Regional de Santa Maria. **Conclusão:** Como a doação de sangue é uma atitude que demanda iniciativa própria, incentivar e facilitar tal ato mostra-se como um caminho para que as pessoas adquiram o hábito e sintam-se motivadas a realizar a doação. O desenvolvimento de atividades como as desenvolvidas pelo projeto “Circulação” podem servir para a educação, mobilização, captação e fidelização de um público crescente, quanto à importância da doação voluntária e periódica de sangue, levando-os a participarem ativamente do processo de sangue, de forma consciente e responsável. A organização e desenvolvimento deste projeto permitem aos integrantes do Programa de Educação Tutorial a conscientização e sensibilização para uma nova cultura de responsabilidade coletiva e compromisso social, em especial com esta causa, onde o sangue ainda apresenta-se como essencial à manutenção da vida, não existindo, na atualidade, uma substância que possa substituí-lo em sua totalidade.

**Área temática:** Educação.

**Descritores:** Doadores de sangue; Conscientização; Estudantes.

**Subject headings:** Blood donos; Awareness; Students.

**Descriptores:** Donantes de Sangre; Concienciación; Estudiantes.

**REFERÊNCIAS**

1 LEAVELL, B. S.; TROUPH, O. A. **Hemologia Clínica.** Intramericana, 1979.

2 MOURA, A. S.; et al. **Doador de sangue habitual e fidelizado:** fatores motivacionais de adesão ao programa. RBPS v.19,n. 2, p.61-67, 2006. Disponível em: http://www.unifor.br/notitia/file/855.pdf. Acesso em : 13 maio. 2013.

3 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Sangue e hemoderivados.** Motivo da última doação. Brasília, DF, 2004 e. Disponível em: <http://www7.anvisa.
gov.br/hotsite/doador_sangue/pdsbfiles/pdf/Graficos/motultidoa.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

4 PEREIMA, R.S.M.R.; REIBNITZ, K.S; MARTINI. **Doação de sangue: solidariedade mecânica versus solidariedade orgânica**. Rev. bras. enferm. [online]. 2010, vol.63, n.2, pp. 322-327. ISSN 0034-7167. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200024>. Acesso em: 09 junho 2013.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Informação :** sangue e hemoderivados : rede física, produção, gastos públicos com hemoterapia e consumo de hemoderivados / Ministério da Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.148 p.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ATIVIDADES COM IDOSOS EM DIFERENTES CENÁRIOS: UMA PRÁTICA POSSÍVEL

# ACTIVITIES WITH ELDERLY IN DIFFERENT SCENARIOS: A PRACTICE CAN

# ACTIVIDADES CON MAYOR EN DIFERENTES ESCENARIOS: UNA PRÁCTICA PUEDE

SCHROEDER, Andressa Dias1
REISDORFER, Nara1
LEITE, Marines Tamabara2
HILDEBRANDT, Leila Mariza3

1Acadêmica de Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem UFSM Palmeira das Missões
2Enfermeira, Dra. em Gerontologia Biomédica, docente da UFSM/Campus Palmeira das Missões. Tutora do Grupo PET Enfermagem UFSM/Campus Palmeira das Missões. e-mail: tambaraleite@yahoo.com.br
3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, docente da UFSM/Campus Palmeira das Missões.e-mail: leilahildebrandt@yahoo.com.br

**INTRODUÇÃO:** Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no ano de 2010 o número de idosos no Brasil era de 20.889.849, o que equivale a 10,8% da população total[1]. Observa-se que a população tem vivido mais e se tornado cada vez mais velha requerendo, assim, atenção especial para suas necessidades e demandas. No que tange a esfera federal, o governo vem implantando políticas públicas voltadas à saúde e bem estar do idoso, com a finalidade de garantir longevidade com qualidade de vida. Neste contexto, um grande avanço foi a criação da Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei Nº 8.842/94 e o Estatuto do Idoso estabelecido pela Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Outra discussão que tem se destacado é a necessidade de manutenção da população idosa no meio social, de tal forma que se sinta inserida e protagonista de sua vivência. Uma forma de preservar os vínculos sociais é por meio da participação em atividades grupais. Em estudo realizado com idosos residentes no meio urbano sobre sua rede de suporte familiar e social evidenciou que a maior parte dos idosos tem uma rede familiar e social que possibilita apoio emocional, material, afetiva e informativa. Os idosos mencionam que possuem bom convívio familiar e social, o que lhes permite viver dignamente e com qualidade de vida. Também, que a pessoa idosa ao sentir-se inserida no grupo familiar e social, contribui com a sociedade, pois pode realizar

atividades laborais de forma remunerada ou de modo voluntário, de modo que suas potencialidades se sobrepõem às suas limitações[2]. Tendo este entendimento, elaborou-se uma proposta de desenvolvimento de atividades junto a grupos de terceira idade e a idosos residentes em uma instituição de longa permanência, em um município do norte do Rio Grande do Sul. Em relação aos grupos de convivência, a iniciativa visa estimular e inserir a população idosa a participar ativamente de atividades grupais, que tem a finalidade principal a socialização. Concomitantemente desenvolveram-se oficinas de pinturas e decorações de unhas na casa de longa permanência buscando a melhora da autoestima e possibilitando novas oportunidades de entretenimento. O desenvolvimento dessa proposta foi uma iniciativa do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem UFSM/Campus Palmeira das Missões, envolvendo todos os alunos de graduação em enfermagem desse Campus. Esta proposta constitui-se parte integrante do projeto de extensão "Atividade grupal como instrumento de inserção social: vivências de grupos operativos" e tem proporcionado aos acadêmicos conhecer a realidade de idosos daqueles que residem no espaço doméstico e participam de atividades grupais e dos que vivem em ambiente asilar. **METODOLOGIA:** O trabalho desenvolvido nos grupos de convivência se constitui em oficinas, que são moldadas especificamente para esse público. Para a realização das atividades utilizam-se equipamentos audiovisuais para a visualização dos temas, sendo que a discussão é feita por meio de rodas de conversa, de tal modo que todos possam interagir. Participam das atividades grupais em média 15 pessoas, na faixa etária de 55 a 92 anos. Já, na instituição de longa permanência para pessoas idosas, residem 53 idosos, boa parte apresenta limitações de ordem psíquica e motoras, o que dificulta a realização de atividades práticas com todos. Nesse cenário, as ações são adaptadas para que o maior número possível possa participar e desenvolver as tarefas. Assim, são realizadas atividades como desenhos e pinturas em papel, dança, roda de conversas e escuta. Além disso, faz manicure e outras ações de melhora da aparência pessoal, o que reforça a participação dos idosos e melhora a autoestima dos mesmos. O desenvolvimento das atividades em ambos os grupos ocorrem na parte da tarde, uma vez por semana, utilizando-se do tempo livre dos acadêmicos. **RESULTADOS:** Mesmo que as atividades desenvolvidas sejam diferenciadas, os resultados encontrados são muito semelhantes, pois o público alvo composto por idosos possuem características particulares e especiais. O ato de inserir-se nos grupos de convivência, que busca interagir e proporcionar atividades diferentes do cotidiano torna-se desafiador para os promotores e receptores dessa iniciativa, visto que utiliza tecnologias inovadoras e são experiências que buscam atingir o objetivo com a presença de distintas gerações. Vale salientar que se deve estar atento com a qualidade de vida das pessoas idosas, e intervir de tal modo no sentido de favorecer um viver mais saudável, considerando os grupos de convivência para idosos um caminho a ser explorado3. Nos dois locais onde ocorrem as atividades todos os acadêmicos foram bem recebidos o que facilitou sua inserção e perda da timidez e o desempenho do trabalho proposto. Os idosos veem os acadêmicos como facilitadores e fornecedores de conhecimento, uma vez

que, com frequência, interagem e questionam com objetivo de sanar dúvidas que ainda possuem. Por mais que existam diferenças relevantes entre os grupos estudados, em termos de capacidade funcional e cognitiva, a forma como acolhem os alunos no meio se dá de forma similar. Todos solicitam a atenção evidenciando a importância do trabalho desenvolvido pelos acadêmicos, tanto na escuta como na área afetiva. As oficinas realizadas na casa de longa permanência são sempre muito produtivas, pois cada indivíduo tem suas características e possui uma historia de vida diferente. Portanto, quando os acadêmicos se inserem nesses grupos devem buscar conhecer e entender a vida de cada um. Os idosos procuram relatar suas histórias vividas e que deixaram marcas em suas vidas. No grupo de convivência para idosos a interação e a abordagem sobre diversos assuntos relativos à saúde e conhecimentos gerais são maiores, todos possuem um pouco de conhecimento e procuram sempre saber mais. Assim, as oficinas tem sido uma janela para que eles tenham acesso a esses questionamentos já que os assuntos são escolhidos por eles. **CONCLUSÃO:** Os trabalhos desenvolvidos foram de grande relevância para ambas as partes, tendo em vista a construção de novos conhecimentos. Além disso, a certeza de que os idosos necessitam de atenção, de aprendizagem, estimulação da coordenação motora e, ainda, a maior demanda é a parte afetiva. Sempre solicitam o retorno dos acadêmicos e isso é uma condição que os motiva para sempre estar evoluindo e participando das atividades. Em todos os encontros procura-se questioná-los sobre as modificações orientadas e esclarecidas e se dentro de suas condições têm conseguido realizá-las. Percebe-se que em nenhuma vez as oficinas passaram em branco em ambas as localidades, pois eles sempre nos traziam questionamentos novos. Sendo assim, os acadêmicos buscavam sempre estar em aprimoramento para poder sanar suas dúvidas. Os idosos, em sua maioria, são carentes de afeto e atenção, tanto no grupo como no ambiente asilar e isso permitiu aos alunos a busca constante de novas abordagens e de novos acadêmicos voluntários, para que a atividade permaneça e não se perca as conquistas já realizadas com eles. Concluindo, a realização das atividades possibilita aos alunos interagir com idosos, pessoas que necessitam de atenção especial, bem como a troca de conhecimentos e vivências entre idosos e acadêmicos. Para os idosos a participação dos acadêmicos nas atividades grupais permite a formação e/ou reestabelecimento de vínculos a um público diferente do usual, uma vez que, muitas vezes, os idosos são excluídos da sociedade. O trabalho desenvolvido pelos alunos procura a reinserção social e, também, permite conhecer outras pessoas e sair de seu mundo cotidiano, para exercitar novas práticas sociais que poderão resultar em melhor qualidade de vida.

**ÁREA TEMÁTICA:** Educação.

**PALAVRAS-CHAVE**: Idosos; Oficinas; Enfermagem; Grupos.

**REFERÊNCIAS**

1 Ministério da Saúde. Portal do Datasus. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>. Acesso em: 10 de março de 2012. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=384>. Acesso em: 10 de março de 2012.

2 Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer AI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. Texto contexto - enferm. [online]. 2008: 17(2): 250-57.
Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. Scientia Medica (Porto Alegre) 2011; volume 21, número 4, p. 166-172.

3 Estatuto do Idoso. 5ª Ediçao, 2010.

4 Silva BT, Barlem ELD, Lunardi VL, Santos SSC. Educação Permanente: Instrumento De Trabalho Do Enfermeiro Na Instituição De Longa Permanência. Cienc Cuid Saude 2008.

5 Fernandes MGM, Santos SR. Políticas Públicas E Direitos Do Idoso: Desafios Da Agenda Social Do Brasil Contemporâneo.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# EDUCAÇÃO E ENVELHECIMENTO: O QUE AS CRIANÇAS PENSAM?

# EDUCATION AND AGING: WHAT THE CHILDREN THINK?

# EDUCACÍON Y ENVEJECIMIENTO: QUE LOS NIÑOS PIENSAN?

MASSARIOL, Ana Maria1
FRITZEN, Angélica Arboit2
BOTH, Juliane Elis3
LEITE, Marinês Tambara4
HILDEBRANDT, Leila Mariza5

1Acadêmica do curso de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Relatora. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET). E-mail: ana_msrl@yahoo.com
2Acadêmica do curso de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Autora. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET).
3Enfermeira. Autora. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.
4 Enfermeira. Autora. Doutora em Gerontologia Biomédica. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões. Tutora do grupo PET Enfermagem UFSM/Campus Palmeira das Missões.
5 Enfermeira. Autora. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP, Professora Assistente da Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões.

**Introdução:** O crescente número de idosos e longevos no Brasil é decorrente da diminuição do número de nascimentos, aumento da expectativa de vida e melhora no perfil epidemiológico desta faixa etária. Tais fatos constituem-se em um desafio para a sociedade no que tange à sua organização. O aumento no índice de envelhecimento demonstra uma modificação na estrutura etária no Brasil e, com o país envelhecendo, novas discussões sobre a convivência e interação com esta população devem emergir, juntamente com reflexões sobre quem é o novo idoso e o que ele busca na sociedade. Entretanto, tais números não podem ser analisados pelo aspecto quantitativo, mas também pela forma de como ele se apresenta socialmente, pela busca da identidade e poder do idoso. Estudo[1] destaca que os aspectos culturais interferem na forma de observar a velhice e como o idoso insere-se nas relações. Além disso, para envelhecer qualitativamente bem é necessária uma análise nas decorrências multifatoriais, como história de vida e maneira como cada ser vê o processo de senescência, já que no imaginário social o envelhecer vincula-se a perda de autonomia, aumento de limitações e dependência física e social, culminando em morte[1]. Entretanto, vem-se trabalhando na desconstrução do estereótipo da velhice, apresentando à

sociedade o lado de busca pela liberdade e autossuficiência. A relação dos infantes com os idosos começam a ser formadas precocemente na vida. O modo como o infante enxerga o idoso e o processo de envelhecimento pode ser transformado ou arraigado, dependendo de como essa percepção é influenciada pelo circulo familiar e pela sociedade. Destaca-se que as intervenções realizadas para modificar atitudes negativas e melhorar ou manter atitudes positivas devem começar o mais breve possível[2]. Ressalta-se, também, que as crianças precisam, além de reconhecer o idoso como indivíduo e ter atitudes positivas em relação a eles, aprender a trabalhar consigo o processo de envelhecimento. Explorar este tema com as crianças na escola é imprescindível, pois os discentes devem ser capazes de situar-se no mundo como cidadãos conscientes de seus direitos e deveres, tornando-se aptos a adotar, no dia-a-dia, atitudes de solidariedade e cooperação com os longevos, além de respeito às diversas faixas etárias. Também, por que as representações sociais[3] são construídas com base nas informações que circulam pela sociedade, inclusive na escola, e nas instituições de ensino este tema fica reduzido a momentos específicos, não sendo trabalhado continuamente e agregado com outros conteúdos, isolando-se da realidade das crianças, fazendo com que estas formem seus próprios conceitos sem, muitas vezes, a instrução necessária. **Objetivo:** Descrever o entendimento e a visão que crianças de pré-escola possuem sobre o idoso e envelhecimento bem como realizar uma reflexão sobre o novo papel social do idoso nos dias atuais. **Metodologia**: A atividade executada é oriunda do projeto de extensão "Promoção da saúde mental e envelhecimento saudável com crianças em idade pré-escolar e escolar por meio da educação em saúde", que tem o objetivo de desenvolver práticas de educação e promoção em saúde, abrangendo temas relacionados ao envelhecimento saudável e saúde mental, para crianças em idade pré-escolar e escolar de uma instituição de ensino pública do Município de Palmeira das Missões/RS. A opção por trabalhar com crianças se deve ao fato de que há possibilidade de modificar hábitos e comportamentos de vida, torná-los saudáveis, com vistas à promoção da saúde e envelhecimento ativo. A prática foi realizada em uma escola estadual de ensino fundamental, no período letivo da tarde, com uma turma de vinte alunos da pré-escola, com idade entre quatro e seis anos, na presença da professora titular da turma. Destaca-se, também, que a turma passa por processo de inclusão de crianças com necessidades especiais e com transtornos de comportamento, que são acompanhados por uma equipe multiprofissional em horário extraclasse e encaminhados para os serviços especializados. Assim, todas as atividades propostas pelas acadêmicas foram planejadas de forma que abrangessem as especificidades dos discentes. Para o desenvolvimento das atividades, utilizou-se, em um primeiro momento, uma dinâmica de apresentação do tema, com figuras de pessoas idosas ativas, praticando atividades físicas, fazendo uso do computador, em festas e viagens, representando a autonomia. A partir dessas observações, foram feitos questionamentos sobre o que as imagens representavam para cada educando, se era a realidade e se eles conheciam algum idoso ativo como os da figura. Em seguida, foi exibido um vídeo sobre idosos que estão em atividade no mercado de trabalho e, na sequencia, uma

reflexão em roda sobre o novo papel do idoso na sociedade, com base no que foi assistido e no conhecimento prévio dos educandos. Por fim, concretizou-se a criação do livro "O idoso mais importante para mim é", na qual os alunos desenharam o idoso do qual mais gostam e montaram o livro com as pinturas da turma, culminando em um momento de criatividade. **Resultados:** Durante as atividades, ligou-se a imagem do idoso representando os próprios avós, por ser a representação mais próxima de velhice para os alunos. Muitos educandos afirmaram serem cuidados pelos avós e não pelos pais, devido aos progenitores trabalharem e faltar tempo para os cuidados aos infantes. Estudo4 corrobora com o que foi relatado, já que há anos atrás os avós cuidavam dos netos com frequência esporádica, em momentos de necessidade. Atualmente, observa-se que os avós ajudam os filhos a cuidar de seus netos ou até mesmo tomam a responsabilidade da criação e educação dos netos para si, tornando-se "pais-avós". As crianças citaram, também, que seus avós vão a festas, fazem viagens e gostam de dançar, desconstruindo o estereótipo da velhice, como comprovam os desenhos que compõe o livro, no qual em várias figuras os avós aparecem trabalhando e praticando atividades. Quando questionados sobre o medo de envelhecer, observou-se tranquilidade quanto aos fatores psicológicos, sendo diversas vezes afirmado que o envelhecimento faz parte da vida. Porém, o que causa maior apreensão entre as crianças diz respeito as características físicas que irão possuir quando idosos, como cabelos brancos e rugas. Estes aspectos negativos da velhice, também, foi evidenciado em estudo anterior[3], no qual atribuir rugas e cabelos brancos aos idosos, juntamente com outras características físicas é uma forma dessas crianças materializarem o conceito de pessoa idosa, objetivando-o no processo de construção da representação social. **Conclusões:** Destaca-se que os alunos reagiram positivamente às atividades, participando de todos os exercícios propostos com atenção e não demonstrando preconceito quanto ao tema. Isto talvez se deva ao fato de possuírem idosos no convívio familiar, com os quais mantêm fortes vínculos. Observa-se, também, que o momento da confecção do livro possibilitou aos discentes um momento de diálogo e abertura, em que puderam relatar suas vivências com sua família. Para os acadêmicos, a atividade propiciou uma aprendizagem imensurável, ao ouvir o que as crianças tinham a dizer sobre o tema e uma rica troca de experiências com os alunos, pois reconhecer a representação social que o idoso tem na visão das crianças possibilita uma análise sobre como está sendo ofertada a educação para o envelhecimento.

**Referências**

1 Guerra ACLC, Caldas CP. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. Ciência & Saúde Coletiva, 2010; 15(6): 2931-940.

2 Luchesi BM, Dupas G, Pavarini S. Avaliação da atitude de crianças que convivem com idosos em relação à velhice. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(4): 33-40.

3 Lopes ESL, Park MB. Representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento. Estudos de Psicologia 2007, 12(2), 141-148.

4 Lopes ESL, Neri AL, Park MB. Ser avós ou ser pais: os papéis dos avós na sociedade contemporânea. Textos Envelhecimento [periódico na Internet]. 2005 [citado 2013 Jul 26]; 8(2): 239-53. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000200006&lng=pt.

**Área temática:** Educação

**Descritores:** envelhecimento; educação infantil; enfermagem.

**Keywords:** aging; child rearing; nursing.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ATIVIDADE LÚDICA COM INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO: RELAXAMENTO INDUTIVO

# INDIVIDUALS WITH PLAYFUL ACTIVITY ON HEMODIALYSIS: RELAXATION INDUCTION

# ACTIVIDAD LÚDICA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO HEMODIÁLISIS: INDUCCIÓN RELAJACIÓN

TONIN, Danieli1
BORGES, Tatiane Angélica Phelipini2
SILVA, Fernanda Machado da3

1 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf – FORS). E-mail: danielitonin@yahoo.com.br
2 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Bolsista do Programa de Extensão Universitária MEC/ SESu (PROEXT MEC/SESu). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf – FORS). E-mail: tphelipini@hotmail.com
3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem PPGEnf/UFSM. Professora Assistente do Curso de Enfermagem Universidade Federal do Pampa. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa de Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf FORS/UNIPAMPA) e membro do Grupo Cuidado, Saúde e Enfermagem (UFSM). E-mail: fernandadasi@yahoo.com.br

**INTRODUÇÃO:** A doença renal crônica representa um agravo de grande relevância epidemiológica no cenário brasileiro, devido sua alta prevalência e incidência na população. Somando-se a isso, apresenta-se com uma evolução clínica progressiva, repercutindo em altos índices de morbimortalidade e, principalmente, na fragilidade na qualidade de vida de seus portadores. Define-se doença renal crônica como uma deterioração irreversível e progressiva da função renal a qual não permite que o organismo mantenha adequadamente seu equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico[1]. Trata-se de uma doença crônico-degenerativa, e, muitas vezes, debilitante e, por essa razão, pode causar limitações na vida dos portadores dessa patologia. O tratamento hemodialítico, na perspectiva dos adoecidos, ao mesmo tempo em que representa a proximidade com a estabilidade de sua condição de saúde clínica, repercute, também, no afastamento do convívio social, tanto no âmbito familiar, quanto profissional. As alterações na vida dos indivíduos são incômodas e contínuas, permitindo-lhes sentir-se excluídos de inúmeras atividades do cotidiano por terem que se submeter ao tratamento hemodialítico três vezes

por semana, durante quatro horas por sessão, além de mudanças significativas em seus hábitos, desde suas práticas alimentares, até mesmos em seu papel social e autonomia. O tratamento de hemodiálise pode tornar o paciente insatisfeito consigo mesmo, pois ele passa a frequentar a clínica constantemente, vivenciando um ambiente de monotonia, no qual o corpo sofre e a mente padece[2]. Além das mudanças fisiológicas que ocorrem no organismo de cada paciente devido a hemodiálise, a mudança repentina de rotina, altera significativamente o modo de enxergar a vida, no qual se veem em situação de desesperança. Aliado a isso, muitas vezes, a equipe de enfermagem acaba detendo-se na execução de procedimentos e não busca realizar atividades que possam colaborar para amenizar esse sofrimento e desconforto que é a hemodiálise para os indivíduos, sem contar que isso pode ocorrer também, por uma falta de capacitação dos profissionais da equipe. Diante desse fato, as intervenções lúdicas, quando bem conduzidas, podem ser satisfatoriamente aceitas e aproveitadas por estes sujeitos e, em casos de tratamento duradouro, tornam-se aliadas para suavizar o peso do processo crônico. As atividades lúdicas podem ser definidas como qualquer ação que produza um distanciamento da realidade, estimule a livre expressão dos participantes, relaxe as tensões e proporcione entretenimento e reconhecimento de si[3]. A finalidade do lúdico durante as sessões de hemodiálise é transformar o tempo inativo do paciente em algo produtivo, que possa animá-lo e tirá-lo do foco da doença. Já para a equipe de enfermagem, o objetivo é promover a integração junto aos clientes, de forma criativa4. Assim, o apoio terapêutico que ocorre por meio das atividades lúdicas pode contribuir para todas as questões referentes ao paciente renal crônico que busca a completa aceitação de si, preservando a dignidade, direito nato de todo ser humano5. Diante destes fatos, observou-se a necessidade de inserção de atividades lúdicas em uma unidade de tratamento, que pudessem entreter os pacientes durante as sessões de hemodiálise, proporcionando momentos de descontração. **OBJETIVOS:** Refletir acerca da utilização do lúdico como metodologia de educação em saúde, a indivíduos em tratamento hemodialítico, realizado por acadêmicas de um projeto de extensão em uma Clínica Renal de um município da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma reflexão das vivências no projeto de extensão "Educação em saúde através de atividades lúdico-educativas: estratégias para a promoção da saúde de indivíduos em tratamento hemodialítico", no qual se busca estimular a autonomia desses sujeitos acerca de seu processo saúde-doença-cuidado e otimizar a utilização do espaço temporal em que ocorre o tratamento hemodialítico, por parte dos sujeitos, promovendo atividades que possibilitem descontração, lazer e troca de experiências. **RESULTADOS:** As ações de educação em saúde através de atividades lúdico - educativas desenvolveram-se na Clínica Renal do município da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. Na ocasião foi realizada uma dinâmica de relaxamento indutivo, no qual proporcionou aos indivíduos através da narrativa, que os mesmos pudessem imaginar-se em um lugar distante, neste caso uma praia. A atividade contou com aproximadamente 50 indivíduos distribuídos nos três turnos de atendimento em dois dias da semana, com

objetivo de alcançar a maior parte, senão todos os usuários em tratamento hemodialítico. Para atividade lúdica realizada durante as sessões de hemodiálise utilizou-se recurso de áudio, reproduzindo sons (pássaros, vento, ondas no mar) que ajudassem a reportá-los ao lugar descrito pelo narrador. Pediu-se para que pensassem e tentassem visualizar aquilo que fosse relatado, buscou-se então, descrever uma praia tranquila, bonita com grande riqueza de detalhes, como a areia fofa, as ondas batendo em suas pernas, e também o cheiro do mar. Na realização da primeira atividade, alguns indivíduos demonstraram desinteresse e indiferença quanto a nossa presença. Depois de relatado o que seria realizado e iniciarmos a atividade é que eles começaram pouco a pouco a participar. Ao término da dinâmica iniciou-se uma conversa coletiva para que os indivíduos verbalizassem como foi a experiência, mas poucos quiseram expressar-se. Partiu-se, então, para o contato individual, onde obtivemos algum êxito; Ao passo que fomos conhecendo-os, o diálogo tornou-se mais efetivo. Através de uma conversa informal e da escuta ativa, ouvimos como foi a experiência de cada um na dinâmica. Através das falas de alguns sujeitos notou-se total entrega e concentração no relaxamento indutivo. Aqueles que participaram deixaram-se levar pela imaginação, ocorrendo então, a descentralização do seu tratamento. É de suma importância também às trocas de experiências que ocorrem entre os pacientes, numa forma de tentar ajudar uns aos outros, verbalizando palavras de apoio e força. O contato individual nos proporcionou a proximidade e o início da construção de um vínculo. O objetivo inicial foi alcançado, mesmo que nem todos tenham participado. **CONCLUSÃO:** O retorno dado pelos indivíduos foi bastante positivo. Pode-se perceber um semblante de alegria e tranquilidade naqueles que conseguiram participar de toda atividade. Seus relatos demonstraram sucesso na realização da dinâmica proposta. O resultado foi obtido e efetivo, uma vez que se conseguiu descentralizar o pensamento dos indivíduos em relação ao tratamento e doença. Tornou-se evidente a importância e necessidade de ocupar este tempo ocioso com propostas de entretenimento, inclusive de educação em saúde. Sendo bem conduzidas e instrumentalizadas, as atividades lúdicas certamente contribuem para minimizar o tempo ocioso, mas, principalmente, para promover o bem-estar emocional do indivíduo, diminuindo seu sofrimento, mesmo que seja somente durante o tratamento hemodiálitico. Propor a realização de atividades lúdicas durante sessões de hemodiálise e, principalmente, despertar a criatividade e algo novo e diferente das ações de seu cotidiano é um desafio. Além de mexer na rotina do usuário e da unidade, sensibilizar a equipe de saúde e minimizar a demora sentida nas sessões do tratamento. Acredita-se que essa aproximação permitirá a consolidação de um espaço de diálogo entre a academia e a Clínica Renal, visando à troca entre os envolvidos, possibilitando, dessa forma, a reflexão da prática assistencial para a equipe de saúde desta instituição, impactando na qualificação das ações de cuidado a essa população. O desenvolvimento do trabalho leva a crer que inovar no cuidado às pessoas com doenças crônicas é possível. Porém, exige muito empenho e criatividade de quem se propõe a realizar esse tipo de atividade, apoio da equipe e acolhimento por parte dos usuários.

**ÁREA TEMÁTICA:** Educação

**DESCRITORES:** Hemodiálise; Enfermagem; Atividades de Lazer.

**REFERÊNCIAS**

1. BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

2. QUEIROZ, MVO *et al*. **Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos**. Texto contexto de enfermagem [online]. 2008, vol.17. 384 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/06 Acesso: 08/08/2013

3. RABELO, SE, PADILHA, MICS. (1998). **A atividade lúdica no processo educativo ao cliente diabético**. Texto & Contexto enfermagem, 7 (3), 106-117.

4. MARISCO, NS. **Novas possibilidades de humanização na hemodiálise: o cliente e a equipe de enfermagem na construção do mais-ser**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002, 134p.

5. BRASIL, M de LS, SCHWARTZ, EDA. **As atividades lúdicas em unidade de hemodiálise**. Acta Health Science, Maringá, 2005, v. 27, n. 1

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO COM USUÁRIOS SUBMETIDOS À COMORBIDADE CRÔNICA

# HEALTH EDUCATION: A CARE STRATEGY WITH USER SUBMITTED TO CHRONIC COMORBIDITIES

# EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN CON USUARIO ENVIADO A COMORBILIDADES CRÓNICAS

MARCHESAN, Mariane1
PINNO, Camila2
POTTER, Clarissa3
SOARES, Rhea Silvia de Avila4

1 Enfermeira, Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, marimarchesansm@gmail.com.
2 Enfermeira, Graduada em Enfermagem pelo Centro de Ensino Superior do Norte do RS - UFSM, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, camilapinno@yahoo.com.br
3 Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, cissa.pr.enf@gmail.com.br
4 Enfermeira. Mestranda do PPGENF. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. rheasilviasoares@yahoo.com.br

**Introdução:** Várias são as modificações no perfil de morbimortalidade na população, com isso alteram os modos de vida da sociedade e repercute abruptamente no adoecimento dessa população, em que essas alterações está diretamente ligada ao perfil de risco em que as doenças crônicas assumem em proporção crescente e preocupante. As doenças crônicas, na atualidade, são consideradas uma epidemia e constituem um sério problema de saúde pública mundial, com proporções mais acentuadas nos países em desenvolvimento, porque é difícil garantir políticas públicas favoráveis, que alterem positivamente os determinantes sociais de saúde[1]. São inúmeros os determinantes que contribuem para a não-adesão ao tratamento dos usuários acometidos por doença de caráter crônico, entre elas, ausência de conhecimento, baixo nível socioeconômico, aspectos culturas, entre outros. A prerrogativa de associar a Educação em Saúde nas práticas de Promoção da Saúde está sendo de maior relevância como parte integrante de todo o processo de saúde-doença, sendo a importância dos sujeitos envolvidos neste processo, entre eles os profissionais de saúde e os usuários do serviço. Educação em saúde é um processo de ensino- aprendizagem que visa a promoção da saúde, destaca-se que o profissional envolvido seja um educador preparado para propor

estratégias, no intuito de oferecer caminhos que possibilitem transformações na pessoas/comunidade[2]. Em relação às estratégias de cuidado, ressalta que a equipe multiprofissional exerce funções com criatividade de alternativas, não mantendo uma forma de generalista, mas sim com peculiaridade para cada ser. Educação em saúde é entendida como um trabalho em grupo, onde são realizadas trocas de experiências entre profissionais e usuários do serviço, cria-se espaços para reflexão e problematização favorecendo uma relação de vínculo entre profissionais e usuário. Esta ação educativa tem a finalidade de priorizar mudanças de comportamento, que beneficiem a condição clínica no contato dos profissionais de saúde com os indivíduos portadores de doenças crônicas, e o objetivo maior, deverá ser a educação, visto que ela beneficia o paciente, alivia seus medos e ansiedades no conhecimento e compreensão da doença, possibilita um enfrentamento positivo, e permite também agilizar o retorno das suas atividades sociais, além de maior efetividade do tratamento[3]. Assim, a partir da vivência dos residentes que surgiu a necessidade de promover um Grupo em educação em saúde com pacientes submetidos a morbidades crônicas no ambulatório da Vascular, em parceria do Programa de Residência Multiprofissional da UFSM. **Objetivos:** Objetiva-se com esse trabalho compreender a importância de proporcionar uma educação em saúde com usuários que são acometidos por doenças crônicas em um Hospital de alta complexidade no interior do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Esse estudo parte de uma vivência no período de abril a julho de 2013, em atividades práticas da Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria em um Ambulatório Ala A/ Vascular alocado em um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul. O grupo é realizado quinzenalmente através de um grupo aberto, com números ilimitantes de participantes, composto por pacientes e familiares que comparecem nas consultas e realização de curativos, no Ambulatório Ala A/ Vascular. **Resultados:** A finalidade deste presente estudo é qualificar o cuidado humanizado ao paciente acometido por doenças crônicas e seu cuidador, incentivando a reflexão dos usuários na questão da saúde e cidadania, proporcionar um momento de troca de experiências onde verbalizem seus sentimentos e sensações, onde reflitam sobre aspectos extra adoecimento e socializem algumas angustias que, ás vezes, podemos contribuir para melhor qualidade de vida. Neste contexto, a organização das práticas educativas, contribui ao portador de doença crônica um entendimento quanto ao seu processo de adoecimento, trazendo um controle e responsabilidade sobre sua saúde, sendo assim é necessário que propicie um ambiente harmonioso de escuta e de troca favorecendo um ensino pré- determinado. Ressalta-se que o desenvolvimento das atividades educativas deve considerar os saberes das pessoas envolvidas, pois, "ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para que os indivíduos implicados [...] possam participar da produção compartilhada do conhecimento"[4]. Nesta temática, é de grande relevância apontar que a equipe multiprofissional seja responsável por fazer parte dessa atividade, assegurando uma abordagem que aumente o conhecimento acerca de sua patologia contribuindo para a melhora da qualidade de vida, que seja coerente com as vivências e experiências do público

alvo, aumentando a interação entre usuário e profissional de uma forma produtiva mais humana e efetiva, possibilitando um conhecimento, um ambiente de diálogo, onde os profissionais são capazes de reconhecer e detectar as peculiaridades de cada indivíduo. Neste sentido, considerando as necessidades dos usuários, o grupo tem o intuito de garantir um cuidado humanizado, efetivando a aproximação cada vez maior entre a comunidade e os serviços de saúde, oferecendo um espaço de acolhimento, troca de experiência entre usuários e acompanhantes. **Conclusões:** Conforme o exposto acima, aquisição de experiência com trabalho de um grupo com Educação em Saúde e atuação multiprofissional nos proporciona um engajamento da prática com a teoria, onde existe uma troca muito favorável, e com isso o nosso crescimento, pois aprendemos muito com os usuários, com suas experiências acerca das vivências relatadas e da realidade dos usuários com os serviços de saúde. A prática de educação em saúde se torna uma importante ferramenta na estimulação para o auto cuidado, a busca pela integralidade, contribuindo para a prevenção e recuperação da saúde. Nesta perspectiva, considera-se que a equipe tem a oportunidade de contribuir para a promoção da saúde, prevenção de doenças, bem como, para a recuperação da saúde, além da mesma facilitar o encaminhamento dos usuários para outras atividades de saúde ligadas ao profissional, como a consulta de enfermagem, os grupos educativos, as visitas domiciliares, os agendamentos de consultas, além de encaminhamento para atendimento com a equipe interdisciplinar quando necessário[5]. Dessa maneira ressalta a importância de uma equipe multiprofissional juntamente com os usuários e portadores de agravo crônico, quer em um ambiente hospitalar ou ao domicilio, identificando potencialidades decorrentes desses agravos, no intuito de diminuir a ocorrência dessas patologias crônicas. É dessa maneira que ocorre o "fazer saúde" com a oportunidade de facilitar o acesso aos serviços de saúde a população. Afirma-se que os processos educativos são considerados um instrumento importante na prática de assistência aos portadores de doença crônica pois prepara o portador a cuidar com qualidade a sua saúde, essa prática não só envolve cuidar em "pedacinhos ", mas em um todo promovendo a saúde do usuário. Cabe à equipe multiprofissional inserir esse usuário em sua práxis diária, e favorecer o envolvimento como parte integrante do cuidado, sendo assim realizando a educação em saúde.

**Área temática:** Educação

**Descritores:** Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Doença Crônica

**Keywords:** health education; Health promotion; Chronic Disease

**Palabras clave:** educación salud; Promoción de la salud; Enfermedad crónica

**REFERÊNCIAS:**

1.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

2.Pedro ENR.Vivências e (con) vivências de crianças portadoras de HIV/AIDS e seus familiares: implicações educacionais.[tese].Porto Alegre (RS): Faculdade de Educação /PUC-RS; 2000.

3.Freitas MC, Santana ME. Implementação da estratégia ensino -aprendizagem à família de doente crônico. Revista Brasileira de Enfermagem 2002 março-abril; (2)55: 146-150.

4.Conversani DTN. Uma reflexão crítica sobre a educação em saúde. In: BIS – Boletim do Instituto de Saúde. Educação em Saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2004.

5. Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. Texto & Contexto Enfermagem 2006 abril-junho. (2)15. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil, p. 320-325.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# HUMANIZANDO O CUIDADO AO CLIENTE COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA VASCULAR A PARTIR DA CLÍNICA AMPLIADA1

# HUMANIZING THE CUSTOMER CARE WITH DIAGNOSTIC VASCULAR DISEASE CLINIC FROM EXTENDED

# HUMANIZANDO EL ATENCIÓN AL CLIENTE CON DIAGNÓSTICO DE CLINICA ENFERMEDAD VASCULAR EXTENDIDO

Soares, Rhea Silvia de Avila2
Saul, Alexsandra Real3
Penna, Marcia Aparecida4
Pinno, Camila5
Potter, Clarissa6
Marchesan, Mariane7

1 Relato de Experiência
2 Enfermeira. Mestranda do PPGENF. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. rheasilviasoares@yahoo.com.br.
3 Enfermeira. Mestranda em Educação. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.
4 Enfermeira. Especialista em Gestão de Saúde UFSM. Santa Maria, RS, Brasil
5 Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil
6 Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil
7 Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional. UFSM. Santa Maria, RS, Brasil

As Doenças Vasculares (DCV) constituem um grave problema de saúde pública que acarreta um grande impacto sócio-econômico ao Sistema Único de Saúde (SUS). A aterosclerose, principal causa das doenças vasculares, continua sendo uma das principais causas de morte e invalidez no mundo ocidental. No Brasil, as Doenças Cardiovasculares são uma das principais causas de morbimortalidade e ainda um grande desafio à saúde pública, especialmente por sua prevalência ao longo dos anos. A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV) relaciona essa situação com o aumento da expectativa de vida da população brasileira.[1] A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 com o objetivo de deflagrar um movimento no sistema e instituições de saúde para a realização de mudanças nos modos de gestão e nos modos de cuidar em saúde, em consonância com os pressupostos da humanização explicitados nos princípios, diretrizes e métodos da PNH[2]. Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o

estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão[3]. O sujeito que encontra-se hospitalizado, em um momento de fragilidade, de angústia e expectativa em relação ao seu tratamento, necessita que o cuidado oferecido deve estar norteado por práticas humanizadoras e acolhedoras, que permitam uma internação e um processo de cuidado incluindo o usuário e suas diversidades, o que para muitos pode ser uma tarefa difícil. Os dispositivos para a Clínica Ampliada buscam considerar a complexidade do sujeito e do processo de adoecimento, pressupondo um trabalho em equipe e uma clínica interdisciplinar[4]. A proposta da Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação[5]. OBJETIVOS: relatar a experiência de encontros de equipe multiprofissional a partir de reuniões de Clínica Ampliada de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência da realização de rounds multiprofissionais como dispositivo para a Clínica Ampliada em uma unidade de Clinica Cirúrgica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil que possui um Programa de Residência Multiprofissional, sendo realizadas discussões de casos de pacientes internados na clínica vascular. No referido hospital, a unidade de Clínica Cirúrgica é composta por 46 leitos, sendo que cinco leitos são da Clínica Vascular. As reuniões de clínica ampliada acontecem todas às sextas feiras na sala de educação em saúde e serviço, onde são discutidos, pela equipe multiprofissional todos os casos dos pacientes desta clínica internados na unidade cirúrgica. A equipe multiprofissional tem sido composta pelos Residentes do Programa de Residência Multiprofissional (Enfermeiro, Assistente Social, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional), Residente Médico, Enfermeiros, Fisioterapeuta, Nutricionista, e Técnicos de enfermagem que compõem a equipe permanente da unidade. RESULTADOS: Estas reuniões iniciaram em abril de 2012, são todas registradas em Ata que é de responsabilidade da unidade e até o momento já foram realizados 26 encontros. A partir das discussões dos casos dos clientes os profissionais que atuam no serviço são estimulados para um cuidado integral e humanizado, uma vez que o cuidado integral está ligado com a qualidade da assistência de enfermagem. Percebesse que a partir da implementação dos encontros da equipe multiprofissional a construção do cuidado em saúde para os clientes tornou-se mais humanizada, com maior resolutividade e agilidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Deve-se considerar que a necessidade da implementação de ações e intervenções que proporcione ao cliente um cuidado mais humanizado, possibilitando um cuidado integral e eficiente é etapa fundamental das ações a serem realizadas no âmbito hospitalar, na referida unidade já existe reuniões de Clínica Ampliada com os clientes da clínica de cabeça e pescoço, tendo sido ampliado para a clinica vascular. CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM: O trabalho multiprofissional é fundamental para a assistência ao cliente, uma vez que é

indispensável o conhecimento de cada núcleo profissional no cuidado ao cliente. O cuidado em saúde acontece por meio do encontro entre diferentes profissionais e saberes, ou seja, estes só vem a contribuir com a processo de trabalho do profissional enfermeiro que por muito tempo desempenhou seu papel sozinho sem contribuições de outros núcleos profissionais.

Á**rea temática:** Educação

**Descritores:** Enfermagem, clínica ampliada, equipe multiprofissional

**REFERÊNCIAS**

1 Moreira TMM, Gomes EB, Santos JC. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):662-9.

2 BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**: documento base. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

4 Farão, Elaine Miguel Delvivo, Birrer, Jucelaine Arend, Soares, Rhea Silvia de Avila, Gonçalves, Bruna,Favretto, Camile, Silva, Dalva Cezar da REVISTA CONTEXTO & SAÚDE IJUÍ EDITORA UNIJUÍ v. 10 n. 20 JAN./JUN. 2011 p. 813-816

5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS ENTRE TRABALHADORES RURAIS

# HEALTH EDUCATION: ILLICIT DRUG USE AMONG RURAL WORKERS

# EDUCACIÓN PARA LA SALUD: EL USO DE DROGAS ILÍCITAS ENTRE LOS TRABAJADORES RURALES

KESSLER, Marciane 1
BERTASI, Luciano Márcio2
TRINDADE, Letícia de Lima3
BORDIGNON, Maiara4

1 Enfermeira. Graduação pela Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. Especialização em Saúde Pública com ênfase em Estratégia de Saúde da Família. E-mail: marciane.kessler@hotmail.com
2 Enfermeiro. Graduação pela Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. Líder do Grupo de Estudos GESTRA/UDESC.
4 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

**Introdução:** O consumo abusivo de drogas lícitas é reconhecido como um importante problema de saúde pública em todo o mundo e país, especialmente no que tange ao consumo de álcool e tabaco. O seu consumo é histórico e possui diversas conseqüências sanitárias e sociais, manifestadas pelas doenças crônicas que afetam os indivíduos após longos anos de consumo abusivo e/ou pelos efeitos relacionados com o consumo agudo, no caso do álcool[1]. Assim, diante da consolidação da Atenção Básica em Saúde, ações e políticas que abrangem a promoção e a proteção da saúde e a prevenção de agravos vem sendo implementadas na tentativa de redução de danos e a manutenção da saúde[2], que engloba os riscos oferecidos pelas exposição das drogas. No entanto, percebem-se lacunas na assistência à saúde da população rural e seu acesso às políticas públicas, sendo que, esta população pode ser considerada vulnerável ao adoecimento devido à exposição a riscos e ao déficit de autocuidado. Neste cenário associam-se o tabagismo e especialmente o consumo de álcool entre a população rural as condições de vida e trabalho, considerando-os como atenuante para as dificuldades diárias, seja o tipo de trabalho que envolve e que consideram de difícil enfrentamento, como a sobrecarga de trabalho na lavoura, exposições ao frio e calor, longas jornadas de trabalho, aos malefícios do uso de agrotóxicos e problemas do cotidiano familiar[3]. Além disso, o seu consumo pode estar associado ainda a

padrões culturais[1] que são passadas de pais para filhos[3]. Dessa forma, pode-se pensar que o ambiente familiar agrega à vida dos filhos um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e hábitos que pode promover a saúde ou aumentar a vulnerabilidade ao adoecimento. A partir deste contexto faz-se referência a região do Oeste do Estado de Santa Catarina que se destaca das demais do Estado por apresentar a maior proporção de moradores na zona rural, sendo composta basicamente por descendentes alemães e italianos[4], os quais trouxeram consigo tradições relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas em dias festivos, em encontro com amigos, no dia-a-dia em seu ambiente familiar e em celebrações religiosas[5]. **Objetivos:** Buscou-se conhecer o perfil socioeconômico e demográfico da população rural do Oeste de Santa Catarina e seus hábitos de vida relacionados ao consumo de álcool e tabaco. **Metodologia:** Trata-se de um recorte de uma pesquisa quanti-qualitativa, realizada com moradores da zona rural de três municípios da região do Extremo Oeste de Santa Catarina, no período de junho a agosto de 2012, através de amostragem aleatória, com 45 indivíduos do sexo masculino e 45 do sexo feminino de 30 a 59 anos de idade. Para a coleta de dados, realizou-se a aplicação de um questionário com questões abertas e fechadas. Nas questões abertas foi realizada análise prévia do conteúdo com base na Análise Temática de Bardin, e as demais questões foram analisadas estatisticamente com o auxilio do programa Statistical Package for Social Science (SPSS versão 18.0). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), sob Parecer nº 50084/2012. **Resultados:** Em relação ao perfil socioeconômico e demográfico da população rural sujeitos deste estudo, a maioria (51,1%) encontra-se na faixa etária de 50 a 59 anos, 71,1% consideraram-se alemães e 83% católicos. Identificou-se que 48,9% dos sujeitos possuem no máximo a 4ª série do ensino básico, 90% dos homens e 84,4% das mulheres referiram ser agricultores e/ou pecuaristas, e 61,9% são minifundiários. A fonte de renda que predominou dentre os entrevistados foi a pecuária, voltada para a produção de leite e suinocultura, seguida pela agricultura com a produção de grãos e tabaco. Em relação ao consumo de álcool, 75,6% da população referiram fazer uso de bebidas alcoólicas (88,9% dos homens e 62,2% das mulheres). As principais bebidas consumidas foi a cerveja (72,2%), o vinho (38,9%) e a caipirinha (7,8%). Em relação à frequência de consumo de álcool, 37,5% dos homens e 60,7% das mulheres consomem menos de uma vez por semana; 35% dos homens e 25% das mulheres consomem de uma a duas vezes por semana; e 25% dos homens e 14,3% das mulheres consomem diariamente. Quanto à quantidade de bebida ingerida em cada consumo, 17,5% dos homens e 78,6% das mulheres referiram consumir uma dose e no consumo de duas a cinco doses ou mais, prevalece em todas as categorias o maior consumo pela população masculina. Entre os motivos identificados para a ingestão de bebidas alcoólicas verificou-se a influência de amigos, a companhia ou o desejo de inserção social. Essas respostas foram as mais citadas pelos homens do meio rural. Nas demais respostas emergiram o consumo por diversão, por costume, para prevenção de doenças e para acompanhar o esposo ou alguém da família, esta última referida apenas por mulheres. Já em relação ao consumo de tabaco, 91,1% da população

rural estudada referiu não ser fumante, no entanto entre os que fumam 15,6% são homens e 2,2% são mulheres. Dos tabagistas, 49,4% fumam até dez cigarros por dias e 75% já tentaram largar o vício. **Conclusões:** A partir do estudo realizado percebe-se uma significativa exposição de homens e mulheres rurais a hábitos de vida que repercutem negativamente em sua saúde. Isso nos mostra a presença de déficit no autocuidado, o qual indica a falta de conscientização desta população e a carência de ações de promoção de saúde que venham a atribuir a indivíduos autonomia para a busca de qualidade de vida. Observou-se ainda presença de maior vulnerabilidade por exposição ao álcool relacionado aos homens. No entanto, deve-se considerar o contexto sócio-cultural ligado ao gênero masculino no qual se insere, e que acredita-se possuir uma forte influência sobre a saúde. Pesquisas voltadas a população rural tornamse medidas essenciais para o planejamento de estratégias e ações para controle destes riscos. Da mesma forma, políticas de saúde voltadas a população rural devem ser reformuladas. Existe a urgente necessidade da educação em saúde voltada a esta população diante do cenário encontrado, bem como, ações que valorizem a cultura e os anseios desses indivíduos acerca do viver saudável, sensibilizando-os acerca da importância do cuidar de si.

**Área temática:** Educação

**Descritores:** População Rural; Estilo de vida; Política de Saúde; Educação em Saúde.

**Descriptors:** Rural Population; Life Style; Health Policy; Health Education.

**Descriptores:** Población Rural; Estilo de vida; Política de Salud; Educación en Salud.

**REFERÊNCIAS**

1. Grácio JCG. Determinantes do consumo de bebidas alcóolicas nos estudantes do ensino superior de Coimbra [dissertação]. Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2009.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p.110

3. Monteiro CFS, Dourado GOL, Graça Junior CAG, Freire AKN. Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. Esc Anna Nery. 2011; 15(3):567-572.

4. Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. População residente – Santa Catarina. [acesso em 2012 ago. 15]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/ popsc.def

5. Recine E, Radaelli P. Alimentação e cultura. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

# MODALIDADE RESUMO ARTIGOS

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O MITO DO AMOR MATERNO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM[1]

# FAMILY VIOLENCE AGAINST THE CHILD AND THE MATERNAL LOVE MYTH: CONTRIBUTIONS TO NURSING

# LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CONTRA EL NIÑO Y EL MITO DEL AMOR MATERNO: CONTRIBUCIONES DE ENFERMERÍA

GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi2
PADOIN, Stela Maris de Mello3
NEVES, Eliane Tatsch4
SCHWARTZ, Eda5
LIMA, Julyane Felipette6

***Prêmio "Professora Lia Haubert da Silva", Santa Maria 2013***

1 Trabalho originado a partir de uma releitura dos dados da Dissertação de Mestrado - Violência Intrafamiliar: Percepções de crianças escolares que vivem em abrigo. Apresentada na Universidade Federal de Santa Maria em 2008.

2 Enfermeira, Mestre, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS. E-mail: r.gabatz@yahoo.com.br.
3 Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS. E-mail: padoinst@smail.ufsm.br.
4 Enfermeira, Doutora Professor Adjunto do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação-Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria, RS. E-mail: elianeves03@gmail.com.
5 Enfermeira, Pós-Doutora, Professora Associada do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS. E-mail: eschwartz@terra.com.br.
6 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS. E-mail: julyane_felipette@hotmail.com.

**Objetivo**. Discutir o mito do amor materno diante da identificação da mãe como principal agressora nos casos de violência intrafamiliar. **Materiais e Método**. Pesquisa qualitativa descritiva, fundamentada no Método Criativo Sensível. A produção dos dados ocorreu em duas instituições localizadas no interior do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil, de junho a julho de 2008, participaram quatro crianças em idade escolar. A produção dos dados ocorreu por meio das dinâmicas de criatividade e sensibilidade: O Brincar em Cena e Corpo Saber. **Resultados e Discussão**. Apontaram a mãe como principal agressora, sendo a violência física a mais cometida. **Considerações finais**. O paradoxo ser a principal cuidadora X agressora traz para reflexão a compreensão de que o amor materno

incondicional não é inato. Também que a natureza humana é complexa e multifacetada, podendo a mulher apresentar diferentes reações perante situações que exigem altas demandas psicológicas.

**DESCRITORES:** Maus-Tratos Infantis; Relações Mãe-Filho; Cuidados de Enfermagem.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PERFIL DE ESTILO DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA SUBMETIDOS AO CATETERISMO CARDÍACO

# LIFESTYLE PROFILE OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE UNDERGOING CARDIAC CATHETERIZATION

# ESTILO DE VIDA PERFIL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA SOMETIDOS A CATETERISMO CARDÍACO

FREITAS, Etiane de Oliveira1
GUIDO, Laura de Azevedo2
STEKEL, Lilian Medianeira Coelho3
KIRCHHOF, Raquel Soares4
BUBLITZ, Susan5

***Prêmio "Enfermeira Ione Rocha Lobato", Santa Maria 2013***

Trata-se de um estudo de campo, transversal e de abordagem quantitativa, cujo objetivo foi identificar o perfil de estilo de vida de pacientes com doença arterial coronariana submetidos ao cateterismo cardíaco em um hospital público no Rio Grande do Sul. Os dados foram obtidos por meio de um questionário composto por variáveis sociodemográficas, clínicas e pelo Instrumento *Health Promoting Lifestyle*. Participaram do estudo, 62 pacientes com idade média de 59 anos, brancos (88,28%), do sexo feminino (57,38%), casados (70,49%), aposentados (88,28%) e com diagnóstico de angina (57,38%). Os pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco apresentaram melhor perfil de estilo de vida no domínio autorrealização, (3,54) e pior perfil no domínio exercício (1,37). Constatou-se a necessidade de planejamento de programas de educação em saúde que visem reavaliar o estilo de vida desta população com vistas à redução do impacto das doenças cardiovasculares e melhora da qualidade de vida desses indivíduos.

**Descritores:** Enfermagem, estilo de vida, doenças cardiovasculares.

# ENSINO DA MORTE POR DOCENTES ENFERMEIROS: DESAFIO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA*

# TEACHING OF THE DEATH FOR NUSING TEACHERS: CHALLENGE IN THE ACADEMIC EDUCATION PROCESS

# ENSEÑANZA DE LA MUERTE POR PROFESORES ENFERMEROS: DESAFIO EN EL PROCESO DE FORMACIÓN ACADÉMICA

LIMA, Márcia Gabriela Rodrigues de1
NIETSCHE, Elisabeta Albertina2
TERRA, Larice Gonçalves3
SILVA, Thayná Champe da4
OSTO, Daniele Silva Dal5
RAMOS, Tierle Kosloski6

***Prêmio "Professora Leopoldina Vieira da Silva", Santa Maria 2013***

* Artigo da Dissertação de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

1 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade Dom Alberto. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES/CNPQ/UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: grlmarcia@yahoo.com.br
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf.) da UFSM. Coordenadora do GEPES/CNPQ/UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. Email: eanietsche@gmail.com
3Graduanda do Curso de Enfermagem da UFSM. Bolsista FIEX pelo GEPES/CNPQ/UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: lariceterra@hotmail.com
4 Graduanda do Curso de Enfermagem da UFSM. Bolsista FIPE Sênior pelo GEPES/CNPQ/UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: thaynachampel@hotmail.com
5 Graduanda do Curso de Enfermagem da UFSM. Bolsista PIBIC/CNPQ pelo GEPES/CNPQ/UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: danieledalosto@hotmail.com
6 Graduanda do Curso de Enfermagem da UFSM. Integrante do GEPES/CNPQ/UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: tierleramos@hotmail.com

**Objetivo:** conhecer como acontece o ensino acerca da morte por docentes enfermeiros em atividades teórico-práticas do Curso de Graduação em Enfermagem. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, realizada com 14 docentes do Departamento de Enfermagem, por meio da amostragem por saturação de dados, em uma instituição pública de ensino superior no RS, em 2012. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados e a analisados por meio da Análise de Conteúdo. **Resultados:** As docentes acreditam ser pertinente ensinar sobre a morte, entretanto, muitas não o fazem, destacando como limitação o vínculo com o paciente/família, a morte na infância/juventude, os sentimentos e

valores pessoais e ausência de disciplinas específicas. **Conclusão:** a forma como a morte é percebida influencia na abordagem dessa temática no ensino de Graduação em Enfermagem.

**Descritores**: Educação; Morte; Enfermagem.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# QUEDAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PREVENINDO AGRAVOS ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

# FALLS IN CHILDRENS AND TEENS: PREVENTING GRIEVANCES THROUGH HEALTH EDUCATION

# CAÍDAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES MEDIANTE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

RIOS, Andressa Oliveira1
POLL, Márcia Adriana2
BORGES, Tatiane Angélica Phelipini3
CARPES, Valquiria Acosta Catarina 4
ENGEL, Rosana Huppes5
WEILLER, Teresinha Heck6

1 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Bolsista do Programa de Extensão Universitária MEC/ SESu (PROEXT MEC/SESu). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf – FORS). E-mail: andressa-rios@hotmail.com
2 Enfermeira, Mestre em Enfermagem PPGEnf /FURG. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Coordenadora do projeto PROEXT/Mec 2013 - Programa de Extensão Universitária MEC/SESu. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf – FORS). E-mail: adripoll@hotmail.com
3 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Bolsista do Programa de Extensão Universitária MEC/ SESu (PROEXT MEC/SESu). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf – FORS). E-mail: tphelipini@hotmail.com
4 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Bolsista do Programa de Extensão Universitária MEC/ SESu (PROEXT MEC/SESu). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf – FORS). E-mail: Valquíria.carpes@hotmail.com
5 Enfermeira, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Rio Grande do Sul, Brasil.
6 Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: weiller2@hotmail.com

**Objetivo:** conhecer o perfil epidemiológico das crianças e adolescentes acometidas por quedas, a fim de contribuir na construção de estratégias para ações educativas em âmbito escolar sobre prevenção deste evento na infância. **Método:** pesquisa quantitativa, desenvolvida em Pronto Socorro (PS), com 68 crianças no período de janeiro a junho de 2012. A coleta foi por meio dos registros das Fichas Atendimento Ambulatoriais (FAA),

analisadas pelo programa *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS®). **Resultados:** Dentre os 3.144 atendimentos realizados no PS, 390 foram quedas que ocorreram dos zero aos dezenove anos, sendo que a maior parte acometeu o gênero masculino. As quedas sem especificações na FAA foram o motivo de atendimento mais frequente, e a morbidade que mais ocasionou ferimentos foram as lesões cortantes. **Conclusões:** conhecer o perfil das quedas possibilita definir ações prioritárias oferecendo suporte e contemplando a prevenção, a educação em saúde e a atenção às vítimas dessas causas.

**Descritores:** Acidentes por Quedas; Educação em Saúde; Crianças; Adolescente; Enfermagem.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# UMA REFLEXÃO SOBRE AS CONCEPÇÕES QUE ENGLOBAM A PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

# A REFLECTION ON THE CONCEPTS SPANNING HEALTH PROMOTION: AN INTEGRATIVE REVIEW

# UNA REFLEXIÓN SOBRE LOS CONCEPTOS ABARCAN PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA REVISIÓN INTEGRAL

GERMANI, Alessandra Regina Müller1
GOMES, Angela Maria2
FINGER, Denise3
SCHRODER, Jéssica Daniela 4

1 Orientador Enfermeira Mestre em Enfermagem, professora do curso de graduação de enfermagem da UFFS. alessandragermani@uffs.edu.br.
2 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFFS. angela.mg92@gmail.com
3 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFFS. deni.finger@hotmail.com
4 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFFS. jessi.jds@hotmail.com

O presente artigo consiste numa pesquisa de revisão bibliográfica sobre a promoção da saúde, realizadas por acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul durante o primeiro trimestre do ano de 2013. A promoção da saúde é uma estratégia de produção de saúde que deve estar vinculada às demais políticas, bem como ser realizada por uma equipe multiprofissional, visando atender as necessidades da população a partir dos princípios e diretrizes do SUS. Entretanto algumas dificuldades ainda barram a efetivação desta prática, como as desigualdades sociais existentes no território nacional e a deficiência encontrada na formação acadêmica. Percebe-se, portanto, a necessidade de transformações no sistema de ensino e assistência relacionada à promoção de saúde, reforçando a importância da prática assistencial ainda na vida acadêmica.

**Descritores:** Promoção da saúde; Enfermagem; Revisão integrativa.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# OS CONFLITOS GERENCIAIS E AS ESTRATÉGIAS DE RESOLUÇÃO PELOS ENFERMEIROS GERENTES

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de1
LAMPERT, Ariele do Nascimento2
KINALSKI, Daniela Dal Forno3
MENEZES, Francislene Lopes4
TONINI, Tanise Finamor Ferreira5

1. Orientadora. Enfermeira Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
2. Autora. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, bolsista do grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem.
3. Co- Autora. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
4. Co- Autora. Enfermeira Mestranda do curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),
5. Co- Autora. Enfermeira Mestranda do curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),
6. Co- Autora. Enfermeira Mestranda do curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),

**Objetivos:** Esse trabalho objetivou analisar como os enfermeiros gerentes de um Hospital Universitário integrante do SUS, enfrentam os conflitos gerenciais vividos entre os membros da equipe de enfermagem afim de identificar quais são as principais estratégias gerencias utilizadas na intercessão dos conflitos, as principais dificuldades gerenciais encontradas na mediação dos conflitos dentro do ambiente hospitalar. **Método**: trata-se de estudo qualitativo. A coleta dos dados foi por meio de vinhetas e entrevista semiestruturada e os dados foram analisados segundo a análise de conteúdo de Minayo. As entrevistas foram realizadas no período de 20 de maio de 2013 à 7 de junho de 2013. **Resultados**: As situações que se revelaram ao longo deste trabalho mostraram que é possível desenvolver estratégias de gestão de conflito que podem ser construídas, aliando conhecimento técnico cientifico às necessidades do serviço, bem como dos profissionais envolvidos.

**Descritores:** Enfermagem; Conflitos; Gerência em enfermagem.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PROGRESSÃO DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: PERCEPÇÕES DE PESSOAS EM PRÉ-DIÁLISE

# PROGRESSION OF CHRONIC KIDNEY INSUFFICIENCY: PERCEPTION OF PEOPLE IN PRE-DIALYSIS

# PROGRESIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: PERCEPCIONES DE PERSONAS EN PRE-DIÁLISIS

ROSO, Camila Castro1
JACOBI, Caren da Silva2
SILVA, Cristiane Trivisiol da3
BRUINSMA, Jamile Lais4
BEUTER, Margrid5
PERRANDO, Miriam da Silveira6

**Objetivo**: descrever as percepções de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento pré-dialítico sobre a progressão da doença. **Método**: pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória desenvolvida no ambulatório de uremia de um hospital público do sul do Brasil. Participaram 15 pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento pré-dialítico. Na coleta dos dados, utilizou-se a entrevista narrativa de vivências e os dados foram analisados segundo a análise temática. **Resultados**: destaca-se que a possibilidade de progressão da insuficiência renal crônica leva as pessoas em tratamento pré-dialítico sentirem medo da hemodiálise, o que algumas vezes, faz com que eles cuidem da saúde e tenham uma melhor adesão ao tratamento. **Conclusões**: conclui-se que o enfermeiro pode minimizar os sentimentos negativos em relação à progressão da doença renal através de atividades de educação em saúde que visem à promoção da saúde.

**Descritores**: Insuficiência renal crônica; Enfermagem; Doença crônica; Acontecimentos que mudam a vida.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# A COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

# THE COMMUNICATION IN THE WORK PROCESS OF FAMILY HEALTH UNITS

# LA COMUNICACIÓN EN EL PROCESO DE TRABAJO DE LAS UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA

KRUG, Suzane B. F.1
WEIGELT, Diego2
FINKLER, Camila3
WEIGELT, Leni D.4
ASSUNÇÃO, Ari N.5

1 Doutora em Serviço Social, Enfermeira, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e Odontologia da UNISC. Líder do grupo de estudos e pesquisa em saúde (GEPS). E-mail: skrug@unisc.br
2 Jornalista e doutorando em Ciências da Comunicação - Cultura Contemporânea e Novas Tecnologias, na Universidade Nova de Lisboa (Portugal). E-mail: dw@mail.com
3 Acadêmica de Enfermagem do 6º semestre, Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS bolsista PROBIC/FAPERGS, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. E-mail: camila.finkler@hotmail.com
4 Doutora em Desenvolvimento Regional Enfermeira, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e Odontologia da UNISC. Integrante do grupo de estudos e pesquisa em saúde (GEPS). E-mail: lenid@unisc.br
5 Doutor em Filosofia da Enfermagem. Professor adjunto do Departamento de Enfermagem e Odontologia da UNISC. Líder adjunto do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS). E-mail: arias@unisc.br

O estudo objetivou desvelar os meios de comunicação utilizados pelos gestores e profissionais de saúde para a divulgação das ações e serviços à comunidade e os que permitem aos usuários das unidades Estratégia Saúde da Família (ESF) efetuarem suas solicitações e sugestões. Foram realizadas entrevistas com 11 gestores e 63 profissionais de saúde nos municípios no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, seguindo-se, metodologicamente, a trajetória qualitativa. Destacou-se que o principal canal de comunicação com os usuários das ESFs é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), e o rádio é o meio de maior alcance das informações. Estudos sobre a comunicação e sua efetividade entre os atores envolvidos nos serviços contribuem para a implementação das diretrizes do sistema e da consolidação de rede de atenção à saúde.

**Descritores:** Comunicação; Saúde da Família; Trabalho.

# AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PERSPECTIVA DOS FAMILIARES

# EVALUATION OF ASSISTANCE IN CENTER OF PSYCHOSOCIAL CARE IN THE PERSPECTIVE OF FAMILIES

# EVALUACIÓN DE LA SALUD EM UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL EM LA OPINIÓN DE LA FAMILIA

FREITAS, Camylla Cavalcante Soares de1
AZEVEDO, Dulcian Medeiros de2
OLIVEIRA, Andrêza Maria de3
ARAÚJO, Rhayssa de Oliveira e4
MELO, Gabriela de Sousa Martins5
TORRES, Gilson de Vasconcelos6

1 Discente em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de iniciação científica/CNPq. E-mail: camyllafreitas_@hotmail.com
2 Enfermeiro. Professor Assistente III do curso de graduação de enfermagem UERN/Campus Caicó. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: dulcianenf@hotmail.com
3 Discente em Enfermagem da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. E-mail: andreza_maria0790@hotmail.com
4 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: rhayssa.noe@hotmail.com
5 Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista CAPES. E-mail: gabrielasmm@hotmail.com
6 Enfermeiro. Pós-doutor em enfermagem. Professor Titular do Departamento de Enfermagem e dos Programas de Pós-graduação em Enfermagem e do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Pesquisador CNPq PQ2. E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com

**Objetivo:** avaliar a assistência em saúde mental prestada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III no município de Caicó/RN, na perspectiva dos familiares. **Método:** Pesquisa avaliativa e quantitativa, desenvolvida com 23 familiares de usuários do serviço, entre dezembro de 2011 e março de 2012, por meio de entrevista estruturada e observação. **Resultados:** A maioria dos familiares avaliou como boa a assistência (74,0%), o tratamento ofertado (69,6%) e a adequação da estrutura física (69,6%). Houve avaliação positiva da assistência no que se refere à aceitação/compreensão do transtorno mental (74,0%), reinserção social (56,5%), autonomia dos usuários (52,2%) e diminuição das crises (26,0%). A maioria (91,3%) também considerou a quantidade de recursos humanos suficientes para a assistência prestada e que os mesmos são qualificados para o atendimento

(82,6%). **Conclusão:** A avaliação da assistência prestada pelo CAPS III, na perspectiva dos familiares, é considerada positiva.

**Descritores:** Avaliação de serviços de saúde; Serviços de saúde mental; Família; Enfermagem Psiquiátrica.

# EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NA PERSPECTIVA DE TRABALHADORES QUE SOFRERAM QUEIMADURAS NO TRABALHO*

# PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT THROUGH THE PERSPECTIVE OF WORKERS WHO SUFFERED BURNS AT WORK

# EQUIPAMIENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL EN LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES QUE SUFRIERON QUEMADURAS EN EL TRABAJO

MARTINS, Caroline Lemos1
JACONDINO, Michelle Barbosa2
ANTONIOLLI, Liliana3
BRAZ, Dione Lima4
BAZZAN, Jéssica5
ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena6

*Texto extraído da Dissertação intitulada "Acidentes de trabalho por queimaduras no olhar dos trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Assistência a Queimados" apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

1 Enfermeira. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) E-mail. Kroline_lemos@hotmail.com
2 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel.
3 Acadêmica de Enfermagem da UFPel.
4 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel.
5 Acadêmica de Enfermagem da UFPel.
6Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Orientadora da pesquisa.

**Objetivo:** conhecer, na perspectiva dos trabalhadores, a importância do uso de equipamentos de proteção individual (EPI) na prevenção de acidentes de trabalho por queimadura. **Método:** estudo de abordagem qualitativa, realizado em um Centro de Referência em Assistência a Queimados da região Sul do Brasil, com trabalhadores que sofreram queimaduras por acidente de trabalho. A coleta de dados ocorreu no período de junho a outubro de 2012, por meio de entrevista semiestruturada. As informações obtidas foram submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** participaram seis trabalhadores, a maioria reconhece o uso de EPI adequados aos riscos no ambiente de trabalho, porém, a falta ou inadequação do uso pode ter favorecido a ocorrência dos acidentes de trabalho por queimadura. **Considerações finais:** os empregadores e os profissionais de enfermagem necessitam investir na capacitação e treinamento dos trabalhadores para o uso adequado dos EPI, para conformação de um ambiente de trabalho mais seguro.

**Descritores:** Acidentes de trabalho; Queimaduras; Equipamentos de Proteção; Saúde do Trabalhador.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES DEPENDENTES DE TECNOLOGIAS DE UM SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

# CHARACTERIZATION THE TECHNOLOGY-DEPENDENT PATIENTS IN HOME CARE SERVICES

# CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES DEPENDIENTES EN TECNOLOGÍAS DE SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

BRONDANI, Cecilia Maria1
BRUINSMA, Jamile Lais2
SEIFFERT, Margot Agathe3
BEUTER, Margrid4
LAMPERT, Melissa Agostini5

**Objetivo**: caracterizar os pacientes dependentes de tecnologias atendidos no serviço de internação domiciliar de um Hospital Universitário da região central do Rio Grande do Sul. **Método**: pesquisa quantitativa, de delineamento transversal e descritivo, desenvolvida com 57 pacientes dependentes de tecnologias no domicílio. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva. **Resultados**: verificou-se que a maioria dos pacientes era do sexo masculino, casados, idade média de 58 anos, baixa renda e escolaridade e fazia uso de mais de um dispositivo tecnológico. Sendo que 73,7% utilizavam sondas para auxiliar na alimentação, 24,6 % traqueostomia e 22,8% oxigenioterapia. Identificou-se que 56,2% receberam alta, 26,3% reinternaram e 17,5 % faleceram. **Conclusão**: é preciso considerar que um número crescente de pessoas utilizam tecnologias no domicílio. Os profissionais de saúde devem estar atentos às necessidades de saúde destas pessoas possibilitando um cuidado integral e contínuo.

**Descritores:** Tecnologia; Doença crônica; Assistência domiciliar.

# EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE UMA RESIDÊNCIA MULTIDISCIPLINAR*

SILVA, Cristiane Trivisol da1
ROSO, Camila Castro2
TERRA, Marlene Gomes3
VASCONCELOS, Raíssa Ottes4
MOSTARDEIRO, Sadja Cristina Tassinari de Souza5
SOUTO, Valquíria Toledo6

* Extraído da dissertação intitulada "Educação Permanente em Saúde como um espaço intersseçor de uma residência multiprofissional: estudo de caso", concluída em 2013, e desenvolvida no Programa de Pós Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

**Objetivo**: conhecer a percepção dos profissionais integrantes de uma residência multiprofissional sobre a Educação Permanente em Saúde. **Método:** o estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, do tipo Estudo de Caso, a qual foi realizada em um hospital de ensino de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul com dezessete profissionais integrantes de uma residência multiprofissional. **Resultados**: emergiram dois núcleos temáticos: Educação Permanente em Saúde como dispositivo de integração teoria e prática e Educação Permanente em Saúde como articulação entre as esferas de gestão e atenção. **Conclusão:** Destaca-se a percepção da educação permanente além de uma perspectiva pontual, sendo desencadeada por espaços onde atores dialogam acerca da educação permanente a fim de que esta possa contribuir para o desenvolvimento de competências para atuação no SUS.

**Descritores:** Educação continuada; Enfermagem; Estudos de casos; Internato e residência; Políticas públicas de saúde.

# A ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS HOSPITALARES NUM HOSPITAL BENEFIENTE: O QUE DIZEM OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM?

# STERILIZATION OF MATERIALS IN A HOSPITAL BENEFIENTE: WHAT THEY SAY WORKERS OF NURSING?

# ESTERILIZACIÓN DE MATERIALES EN UN HOSPITAL BENEFIENTE: ¿LO QUE DICEN LOS TRABAJADORES DE ENFERMERÍA?

GARIBOTTI, Leticia Aparecida Corrêa1
ASCARI, Rosana Amora2
SILVA, Olvani Martins da3
GALVAN, Dagliê Carla4

1 Enfermeira. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó.
2 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS, Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc. Membro do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho – Gestra/Udesc.
3 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS. Mestre em Terapia Intensiva. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado Humano e Processo Saúde-Adoecimento.
4 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina.

**Objetivo:** Descrever a percepção dos trabalhadores de enfermagem quanto ao processo de esterilizações praticado por um Hospital Comunitário Beneficente no norte do Rio Grande do Sul. **Métodos:** Estudo qualitativo, observacional e descritivo, desenvolvido em abril/2013, através de entrevista semi-estruturada, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unochapecó sob parecer nº 312/12. **Resultados:** Através da análise de conteúdo emergiram cinco categorias, sendo elas: Áreas que compõem o centro de Material e esterilização (CME); Tipos de materiais; Tipos de esterilização e invólucros; Registros do processo e testes de validação da esterilização e; Validade. **Conclusão:** Controvérsias no fluxo unidirecional de materiais durante o reprocessamento de artigos para a saúde, na forma de limpeza, no empacotamento, na rotulagem, nos métodos de esterilização, na realização de testes para a validação do processo de esterilização e formas de registro foram identificadas, tanto na observação como no relato dos profissionais.

**Descritores:** Enfermagem; Esterilização; Centro de Material e Esterilização

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# ACOLHIMENTO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA À LUZ DA TEORIA HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD

# EMBRACEMENT IN THE INTENSIVE CARE UNIT IN LIGHT OF THE THEORY HUMANISTIC OF PATERSON AND ZDERAD

# RECEPCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LUZ DE LA TEORÍA HUMANISTA DE PATERSON Y ZDERAD

MAESTRI, Eleine1
NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira2
MARTINI, Jussara Gue3
BETTI, Gracieli4
MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello5

1 Enfermeira, mestre, professora assistente da Universidade Federal da Fronteira Sul.
2 Enfermeira, doutora, professora adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina.
3 Enfermeira, doutora, professora adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina
4 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul. gracibetti@hotmail.com
5 Enfermeira, doutora, professora adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul

**Objetivo:** Identificar o conhecimento dos enfermeiros de uma UTI sobre o acolhimento e as ações desenvolvidas, à luz da Teoria Humanística de Paterson e Zderad em especial o conceito Diálogo. **Método:** O caminho metodológico utilizado para a coleta de dados foi a Pesquisa Convergente-Assistencial e para ordenação e organização dos dados, o Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** As informações deram origem a discursos do sujeito coletivo relacionados aos temas: o acolhimento no cuidado de enfermagem, as lacunas na relação enfermeiro/paciente e enfermeiro/família e avaliação das estratégias de acolhimento. Foi unânime entre os enfermeiros que a inter-relação mais frágil que necessitava de intervenções imediatas era a relação enfermeiro/família. **Considerações:** Ao assumirem o compromisso e a responsabilidade de transformações da prática assistencial os enfermeiros, experienciaram um novo olhar para o cuidado em UTI, com enfoque no ser humano, aliando o acolhimento ao modelo assistencial que privilegia a objetividade do cuidado.

**DESCRITORES**: Unidade de Terapia Intensiva; Acolhimento; Enfermagem.

# O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

# THE ROLE OF NURSES IN FRONT OF THE PROCESS OF ORGAN DONATION: AN INTEGRATIVE REVIEW

# EL PAPEL DE LAS ENFERMERAS EN FRENTE DEL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS: UMA REVISIÓN INTEGRADORA

CAMPONOGARA, Silviamar1
TOLFO, Fernando2

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br
2 Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf/UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: fernandotolfo@gmail.com

O sucesso dos transplantes de órgãos para o tratamento de muitas doenças possibilitou que um maior número de pessoas usufruísse dessa tecnologia, no entanto, a obtenção de órgãos para suprir esta demanda não é suficiente. Vários fatores contribuem para esse sucesso, e dentre eles estão os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro. Objetivo desta pesquisa foi realizar uma revisão integrativa acerca do papel do enfermeiro frente ao processo de doação de órgãos. Realizou-se uma busca nas bases de dados Pubmed, Lilacs, Ibecs,e nas Biliotecas Scielo e Cochrane, com os descritores Doação de Órgão e papel do enfermeiro, no período de maio de 2013 à junho de 2013, e foram selecionados 22 artigos através dos critérios de inclusão e exclusão. Os resultados mostram que os fatores profissionais e culturais estão diretamente envolvidos na obtenção de órgãos e que países tem implantado programas e protocolos no intuito de capacitar os profissionais enfermeiros e médicos, para assim melhorar suas taxas de doação de órgãos. Concluiu-se que apesar de saberem do importante papel do enfermeiro no processo de doação e transplante de órgãos, pouco se tem produzido sobre esse tema, e sugere-se que novos estudos seja desenvolvidos.

**Descritores:** Doação de Órgão, Papel do Enfermeiro, enfermagem, doação dirigida de tecido, transplante de órgãos.

# AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

# ASSESSMENT OF MENTAL HEALTH CARE IN THE PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS

# EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN LA PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE LA SALUD

MELO, Gabriela de Sousa Martins1
AZEVEDO, Dulcian Medeiros de2
OLIVEIRA, Andrêza Maria de3
SALVETTI, Marina de Góes4
VASCONCELOS, Quinidia Lúcia Duarte de Almeida Quithé de5
TORRES, Gilson de Vasconcelos6

1 Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista CAPES. E-mail: gabrielasmm@hotmail.com
2 Enfermeiro. Professor Assistente III do curso de graduação de enfermagem UERN/Campus Caicó. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: dulcianenf@hotmail.com
3 Discente em Enfermagem da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. E-mail: andreza_maria0790@hotmail.com
4 Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP, Pós-doutoranda pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: mgsalvetti@hotmail.com
5 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista CAPES. E-mail: quinidia@hotmail.com
6 Enfermeiro. Pós-doutor. Professor Titular do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista PQ-2. E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com

**Objetivo:** Avaliar a assistência em saúde mental prestada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III no município de Caicó/RN, na perspectiva dos profissionais de saúde. **Método:** Pesquisa avaliativa e quantitativa, desenvolvida com 13 profissionais, entre dezembro de 2011 e março de 2012, por meio de entrevista estruturada e observação. **Resultados:** Os recursos financeiros/materiais (100%) e humanos (69,2%) foram avaliados negativamente. A maioria avaliou positivamente a área física (61,5%) e organização do serviço (61,5%). A qualidade dos recursos humanos foi considerada suficiente (53,8%) e a participação familiar ruim (53,8%). Os profissionais sentem-se capazes de prestar assistência (76,9%) e admitem a necessidade de educação permanente em saúde (100%). A assistência em saúde foi considerada boa (46,1%), com avaliação positiva (61,6%) e satisfação no trabalho (46,1%). **Conclusões:** Acredita-se que os achados repercutem

positivamente na gestão do serviço, na reflexão crítica dos profissionais pesquisados e no processo reformista em curso.

**Descritores:** Avaliação de serviços de saúde; Serviços de saúde mental; Recursos humanos em saúde.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PERFIL DE PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE RENAL

# PROFILE OF PATIENTS ON WAITING LIST FOR KIDNEY TRANSPLANTATION

# PERFIL DE LOS PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE DE RIÑÓN

TORRES, Gilson de Vasconcelos1
MENDONÇA, Ana Elza Oliveira de2
AMORIM, Ingrid Gurgel3
OLIVEIRA, Isabelle Christine Marinho de4
DANTAS, Rodrigo Assis Neves5
FREIRE, Izaura Luzia Silvério6

1 Enfermeiro, Pós-Doutor em Enfermagem, Professor Titular Departamento de Enfermagem/UFRN, Pesquisador do CNPq (PQ2). E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com
2 Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde CCS/UFRN. Prof. Ms. Do Curso de Enfermaagem da UNIFACEX. Plantonista da UTI do HUOL/UFRN.
3 Enfermeira. Residente em Terapia Intensiva do adulto do Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN.
4 Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa Incubadora Procedimentos de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: isabelle_1807@hotmail.com
5 Enfermeiro. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor Assistente II do Departamento de Enfermagem/UFRN e Enfermeiro Intervencionista do SAMU Metropolitano do Rio Grande do Norte.
6 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFRN. Professora Mestre da Escola de Enfermagem da UFRN.

**Objetivo**: Identificar o perfil dos pacientes em lista de espera para transplante renal em acompanhamento ambulatorial. **Método**: Estudo descritivo, quantitativo, realizado de maio de 2010 a maio de 2012, com 58 pacientes acompanhados no ambulatório de nefrologia do Hospital Universitário Onofre Lopes em Natal/RN. **Resultados:** Dos pesquisados, 63,6% eram do gênero masculino, com média de 39,9 anos de idade, procedentes do interior do Estado (56,4%), casados (60,0%), 50,9% tinham filhos. O grau de instrução predominante foi ensino o fundamental (41,8%), 89,1% não exercia atividade laboral e a renda familiar mensal de até dois salários mínimos (67,3%) foi a mais relatada. A maioria dos pacientes em lista única de espera fazia hemodiálise (98,2%), eram hipertensos (81,8%) e com pouco tempo de inscrição, média de 1,9 anos. **Conclusão:** Conhecer o perfil dos pacientes é fundamental para planejar ações de saúde, visando minimizar as taxas de morbidade e mortalidade em lista de espera.
**Descritores:** Perfil de saúde; Transplante de rim; Listas de espera.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA AS PESSOAS COM ÚLCERAS VENOSAS

# PROPOSED PROTOCOL TO SUPPORT PEOPLE WITH VENOUS ULCERS

# PROTOCOLO PROPUESTO PARA APOYAR A LAS PERSONAS CON ÚLCERAS VENOSAS

TORRES, Gilson de Vasconcelos1
DANTAS, Daniele Vieira2
DANTAS, Rodrigo Assis Neves3
ARAÚJO, Rhayssa de Oliveira4
VASCONCELOS, Quinidia Lucia Duarte de Almeida Quithé de5
COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes6

1 Enfermeiro. Pós-doutor. Professor Titular do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista PQ-2. E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com Enfermeira. Doutora em Ciências em Estágio Pós-Doutoral na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: mgsalvetti@hotmail.com
2 Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRN. Enfermeira do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes e Docente da Escola de Enfermagem de Natal/UFRN.
3 Enfermeiro. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor Assistente II do Departamento de Enfermagem/UFRN e Enfermeiro Intervencionista do SAMU Metropolitano do Rio Grande do Norte.
4 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista CAPES/DS. E-mail: rhayssa.noe@hotmail.com
5 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista CAPES. E-mail: quinidia@hotmail.com
6 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da UFRN. E-mail: isabellekfc@yahoo.com.br

**Objetivo:** propor um protocolo para assistência as pessoas com úlceras venosas(UV) atendidos em um hospital de referência do Rio Grande do Norte. **Método:** estudo descritivo, quantitativo, no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), em Natal-RN. A amostra foi de 39 profissionais, do HUOL e de outras instituições públicas/privadas do Rio Grande do Norte e Jequié/Bahia. Esses profissionais foram juízes que selecionaram diretrizes propostas na literatura sobre protocolos de UV. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL (Parecer n.o 081/07), diretrizes foram organizadas e propostas aos juízes aceitando-se Índice Kappa(K)≥0,81. **Resultados**: a proposta contem onze itens: Avaliação do paciente/lesão, Registro/documentação, Cuidado com a ferida/pele perilesional, Indicação de cobertura, Uso de antibiótico e tratamento da dor, Tratamento cirúrgico/medicamentoso, Melhoria do retorno venoso/prevenção de recidiva,

Encaminhamento dos pacientes, Capacitação profissional e Referência/contra-referência. **Conclusão**: o trabalho trouxe uma contribuição científica para os profissionais de saúde.

**Descritores**: Úlceras varicosas; Protocolos; Enfermagem.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# FATORES RELACIONADOS À CAPACIDADE FUNCIONAL EM PESSOAS COM ULCERAS VENOSAS: UM ESTUDO COMPARATIVO

# FACTORS RELATED TO THE FUNCTIONAL CAPACITY IN PEOPLE WITH VENOUS ULCERS: A COMPARATIVE STUDY

# FACTORES RELACIONADOS CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PERSONAS CON ÚLCERAS VENOSAS: UN ESTUDIO COMPARATIVO

COSTA, Isabelle Katherine Fernandes1
ARAÚJO, Rhayssa de Oliveira e2
MELO, Gabriela de Sousa Martins3
FREITAS, Camylla Cavalcante Soares de4
SALVETTI, Marina de Góes5
TORRES, Gilson de Vasconcelos6

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da UFRN. E-mail: isabellekfc@yahoo.com.br
2 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista CAPES/DS. E-mail: rhayssa.noe@hotmail.com
3 Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista CAPES. E-mail: gabrielasmm@hotmail.com
4 Discente em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de iniciação científica/CNPq. E-mail: camyllafreitas_@hotmail.com
5 Enfermeira. Doutora em Ciências em Estágio Pós-Doutoral na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: mgsalvetti@hotmail.com
6 Enfermeiro. Pós-doutor. Professor Titular do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista PQ-2. E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com

**Objetivo:** comparar os fatores relacionados à capacidade funcional em pessoas com úlceras venosas (UVs) atendidos no Brasil e Portugal. **Método:** Estudo comparativo, transversal, quantitativo, realizado em Natal e Évora. A amostra compôs-se de 100 brasileiros e 70 portugueses. Utilizou-se o instrumento *Short Form -36.* Estudo condicionado pela Declaração de *Helsinki* e aprovado por comitê de ética brasileiro (n.279/09) e português (nº10028/10). Utilizou-se estatística descritiva na análise dos dados. **Resultados:** Foram significativos somente no Brasil: doenças crônicas, faixa etária, escolaridade, profissão/ocupação, renda, sono. Apenas em Portugal: condição do leito da UV, quantidade de exsudato. Significativos nos dois países: uso de terapia compressiva, odor do exsudato, perda tecidual provocada pela UV, área da UV e sinais de infecção. **Conclusões:** a capacidade funcional das pessoas com UV depende de avaliação global e assistência de qualidade.

**Descritores:** Úlcera varicosa; Qualidade de vida; Enfermagem.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# OFICINAS TEMÁTICAS COMO POTENCIALIZADORAS DO CUIDADO A IDOSOS HOSPITALIZADOS

# THEMATIC WORKSHOP AS POTENTIATING OF CARE TO ELDERLY IN HOSPITAL

# TALLERES TEMÁTICOS COMO POTENCIALIZADORES DEL CUIDADO A LOS MAYORES HOSPITALIZADOS

BOTH, Juliane Elis1
MASSARIOL, Ana Maria2
HILDEBRANDT, Leila Mariza3
BEUTER, Margrid4
LEITE, Marinês Tambara5
PERRANDO, Miriam da Silveira6

**Objetivo:** descrever a proposta de educação em saúde, desenvolvida em um grupo de convivência formado por profissionais de enfermagem, com vistas a qualificar o cuidado de idosos hospitalizados. **Método:** Caracteriza-se como um estudo qualitativo e descritivo, que utiliza como referencial teórico-metodológico a pesquisa convergente-assistencial. Os sujeitos do estudo são profissionais de enfermagem de uma unidade de clínica médica, de um hospital do noroeste do estado do Rio Grande do Sul. **Resultados:** Através das práticas educativas com os profissionais foi possível unir o saber e o fazer, contribuindo de modo positivo na práxis do cuidado ao idoso hospitalizado. **Considerações Finais:** As práticas educativas consistem de uma estratégia para qualificar o cuidado ao idoso hospitalizado.

**Descritores:** Enfermagem; Educação em saúde; Idoso; Assistência à Saúde.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# O ADOECER POR CÂNCER NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA RURAL

# FALL ILL OF CANCER IN THE PERSPECTIVE OF RURAL FAMILY

# LA ENFERMEDAD POR CANCER EN LA PERSPECTIVA DE LA FAMILIA RURAL

ROSSATO, Karine1
ROSO, Camila Castro2
MISTURA, Claudelí3
VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco4
PERLINI, Nara Marilene Oliveira Girardon5
CAMPONOGARA, Silviamar6

**Objetivo:** Conhecer na perspectiva da família rural, a experiência de vivenciar o adoecimento de um de seus membros por câncer. **Método:** Estudo de campo, descritivo, com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa 12 famílias rurais, totalizando 29 pessoas. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a coleta dos dados. A análise dos dados ocorreu pela análise de conteúdo temática. **Resultados:** O câncer gera sofrimento e causa mudanças na vida das famílias. No contexto rural, esse sofrimento é potencializado devido às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, às limitações financeiras da família, às distâncias geográficas dos serviços de saúde especializados e à falta de informações. **Conclusão:** Considerar o contexto da prática de cuidado das famílias, seus valores e hábitos de vida, atentando-se para as dificuldades, é fundamental na prática de enfermagem, a fim de buscar congruência entre o processo de cuidar e a realidade das famílias, na perspectiva de uma atenção integral.

**Descritores:** Família; População rural; Neoplasias; Enfermagem.

# PREVALÊNCIA DE DOR E FATORES ASSOCIADOS EM PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA

# PREVALENCE OF PAIN AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH VENOUS ULCER

# PREVALENCIA DEL DOLOR Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON ÚLCERA VENOSA

SALVETTI, Marina de Góes1
COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes2
DANTAS, Danielle Vieira3
FREITAS, Camylla Cavalcante Soares de4
VASCONCELOS, Quinidia Lúcia Duarte de Almeida Quithé de5
TORRES, Gilson de Vasconcelos6

1 Enfermeira. Doutora em enfermagem. Pós-doutoranda pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: mgsalvetti@hotmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora efetiva do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: isabellekfc@yahoo.com.br
3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: daniele00@hotmail.com
4 Discente em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de iniciação científica/CNPq. E-mail: camyllafreitas_@hotmail.com
5 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista CAPES. Email: quinidia@hotmail.com
6 Enfermeiro. Pós-doutor. Professor Titular do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista PQ-2. E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com

**Objetivo:** identificar a prevalência de dor e verificar os principais fatores associados à dor em pacientes com úlceras venosas. **Método:** estudo transversal, desenvolvido em um Hospital Universitário em Natal/RN. A amostra foi constituída por 100 pacientes com úlcera venosa. Utilizou-se um formulário estruturado e duas questões sobre dor do *SF-36*. **Resultados:** A dor esteve presente em 86% dos pacientes avaliados. Pacientes com profissão/ocupação, renda baixa e que não fumavam/bebiam, que usavam terapia compressiva, que receberam orientações sobre uso de terapia compressiva e elevação de membros inferiores, com lesões menores, em fase de epitelização, sem odor e sem sinais de infecção apresentaram menor intensidade da dor e menor impacto da dor nas atividades do dia a dia. **Conclusões:** Fatores sócio demográficos, relacionados à assistência e a lesão

influenciaram a dor relacionada a úlceras venosas. Intervenções que visem influenciar esses fatores tem potencial para auxiliar no controle da dor desses pacientes.

**Descritores:** Dor; Úlcera Varicosa; Úlcera de Perna; Cuidados de Enfermagem.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PERFIL DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE RADIOTERAPIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

# PROFILE OF SERVICE USERS OF RADIATION FROM A UNIVERSITY HOSPITAL

# PERFIL DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS DE RADIACIÓN DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

KARKOW, Michele Carvalho[1]
ROSA, Bruna Vanessa Costa da[2]
MISTURA, Claudelí[3]
PERLINI, Nara Marilene Oliveira Girardon[4]
ROSA, Natanna Da[5]
SANTOS, Vera Cristina Dorneles[6]

**Objetivo:** conhecer o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos no setor de radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria. **Método:** Estudo de natureza quantitativa, de caráter descritivo, retrospectivo e documental, realizado junto ao setor de radioterapia do HUSM. Foram analisados 278 fichas/prontuários de pacientes atendidos no ano de 2011. Os dados foram coletados por meio de um formulário e analisados com base na estatística descritiva. **Resultados:** Os pacientes atendidos são predominantemente homens, brancos, com idade média de 58 anos, casados, com baixa escolaridade, residentes na área urbana, com diagnóstico principalmente de câncer de mama, próstata ou pulmão. **Conclusão:** O conhecimento das características da população atendida pode contribuir para a melhoria da assistência prestada.

**Descritores:** Radioterapia; Oncologia; Enfermagem.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# FRAGMENTAÇÃO NO FAZER DA ENFERMAGEM E A REPERCUSSÃO NO DISTANCIAMENTO DO OBJETO DE TRABALHO*

# FRAGMENTATION IN NURSING WORK AND THE IMPACT ON THE DISTANCE OF THE OBJECT OF WORK

# FRAGMENTACIÓN EN EL TRABAJO DE ENFERMERÍA Y EL IMPACTO DE LA DISTANCIA DEL OBJETO DE TRABAJO

JACONDINO, Michelle Barboza1
FARIAS, Bruna Hackbart2
THOFEHRN, Maira Buss3
AMESTOY, Simone Coelho4
MARTINS, Caroline Lemos5

*Artigo extraído do trabalho de conclusão de curso (TCC)"Visão da equipe de enfermagem acerca do seu processo de trabalho em um hospital de ensino" apresentado na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) sob número de processo 479662/2010-0.
1. Doutoranda em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas(UFPEL).
2. Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem da UFPEL.
3. Professora Adjunta IV da Faculdade de Enfermagem da FEn-UFPEL.
4. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da FEn-UFPEL.
5. Enfermeira. Mestre em Ciências pelo PPGENF-UFPEL. Membro do NEPEn- Núcleo de Estudos e Práticas em Saúde e Enfermagem. Linha-Processo de trabalho em saúde, educação e enfermagem.

**Objetivo:** objetivou-se conhecer a visão da equipe de enfermagem acerca de seu processo de trabalho em uma unidade de clínica médica de um hospital de ensino. **Método:** Estudo qualitativo, no qual participaram quatro trabalhadores da equipe de enfermagem, sendo dois enfermeiros e dois técnicos de enfermagem, da unidade de clínica médica do hospital de ensino do município de Pelotas, Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados conforme análise temática. **Resultados:** Identificou-se que os participantes convivem com um processo de trabalho parcelar, solitário e rotineiro. As atividades desempenhadas pelos enfermeiros estão voltadas para a realização de ações burocráticas em detrimento ao gerenciamento do cuidado. **Conclusões:** A fragmentação do trabalho na enfermagem, sem reflexão sobre a totalidade do processo de produção, promove distanciamento do objeto de trabalho, afastamento entre os profissionais e perda do sentido de trabalho em equipe na enfermagem e de cuidado.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Trabalho; Serviços de Saúde.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# VISITA DOMICILIÁRIA: UMA ATIVIDADE POTENCIALIZADORA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

# HOME VISIT: AN ACTIVITY THAT IMPROVE THE OF NURSING CARE

FANTINEL, Nathália Marion1
JAHN, Alice do Carmo2
SILVA, Ethel Bastos da3
COSTA, Marta Cocco da4

1 Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM, ênfase Atenção Básica/ESF. E-mail: nathaliafantinel@gmail.com
2 Enfermeira. Mestre em enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSM/CESNORS. Doutoranda do DINTER-UNIFESP/EEAN/UFSM. E-mail: jahnalice@gmail.com
3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFSM/CESNORS. Doutoranda do DINTER-UNIFESP/EEAN/UFSM. E-mail:ethelbastos@hotmail.com
4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta I do Departamento de Enfermagem da UFSM/CESNORS. Pesquisadora e Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NEPESC/UFSM). E-mail: marta.c.c@ufsm.br

**RESUMO:** O estudo objetiva analisar a produção do conhecimento de enfermagem a cerca da temática visita domiciliária. Buscou-se nas bases de dados SCIELO, BDENF e LILACS, artigos científicos, de 2001 a 2011, através da busca com os descritores "Visita domiciliar, enfermagem", "Visita domiciliar, cuidado", e "Visita domiciliar", que obtivessem no título o termo "visita domiciliar/domiciliária" ou "cuidado" e, um autor enfermeiro. O material foi lido, analisado e categorizado utilizando-se análise temática de Minayo. Emergiram quatro temas: "visita domiciliária como forma de conhecer a realidade de vida dos usuários"; "visita como forma de aproximar profissionais e usuários"; "educação em saúde: forma de cuidado na visita"; e, "dificuldades/limitações enfrentadas pelos profissionais de saúde para realização da visita". A produção sobre a temática visita domiciliária faz perceber que o processo de trabalho de enfermagem resulta em entender o indivíduo no contexto no qual está inserido, tornando-se um instrumento potencializador do cuidado.

**Descritores:** Enfermagem; Visita domiciliar.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# SER CUIDADORA FAMILIAR DE CRIANÇA COM ASMA: ANÁLISE DO DISCURSO E ESTUDO DE SUAS SIGNIFICAÇÕES*

# BEING WOMAN CAREGIVER OF A CHILD WITH ASTHMA: DISCOURSE ANALYSIS AND STUDY OF ITS MEANINGS

# SER CUIDADORA DE UNO NIÑO CON ASMA: ANÁLISIS DEL DISCURSO Y ESTUDIO DE SU SIGNIFICADOS

SOUZA, Neila Santini de1
NEVES, Eliane Tatsch2
BORBA, Regina Issuzu Hirooka de3

*Trabalho final de componente curricular optativo cursado durante o primeiro semestre de 2013, apresentado na Disciplina de Estudos da Significação do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.

1 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do Doutorado Interinstitucional promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIFESP/UFRJ/UFSM – DINTER Novas Fronteiras, Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa/UNIPAMPA – Campus Uruguaiana/RS, neilasantini25@gmail.com
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM - RS.
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Pediátrica e Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP - SP.

**Introdução:** Trabalho final produzido no componente curricular Estudos da Significação do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, e está relacionado à pesquisa do curso de doutorado em enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. **Objetivo:** Conhecer a formação discursiva e as significações de ser uma cuidadora familiar de criança com asma. **Metodologia:** Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, que utilizou o Método Criativo – Sensível desenvolvida com familiares de crianças com asma, onde foi utilizada a Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (DCS) Costurando Estórias. Os dados foram submetidos à análise de discurso francesa. **Resultados:** Fica evidente na formação discursiva da cuidadora que o sentido é determinado pelas posições ideológicas, desvelando o político e o ideológico social em funcionamento. **Conclusões:** É necessário rever as formas de interação com o familiar e atuar como mediador do processo de cuidado compartilhado com a família.
**DESCRITORES:** Asma; Cuidadores; Criança; Enfermagem da família.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# AVALIAÇÃO LABORATORIAL DE POTENCIAIS DOADORES DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES

# LABORATORIO DE EVALUACIÓN DE LOS DONANTES POTENCIALES Y TEJIDOS PARA TRASPLANTES DE ÓRGANOS

# LABORATORY EVALUATION OF POTENTIAL DONORS AND TISSUE FOR TRANSPLANT

VASCONCELOS, Quinidia Lúcia Duarte de Almeida Quithé de1
FREIRE, Izaura Luzia Silvério2
ARAÚJO, Rhayssa de Oliveira e3
MELO, Gabriela de Sousa Martins4
COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes5
TORRES, Gilson de Vasconcelos6

1 Enfermeira, mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFRN, bolsista CAPES. E-mail: quinidia@hotmail.com
2 Enfermeira, doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFRN, Professora Mestre da Escola de Enfermagem da UFRN. E-mail: izaurafreire@hotmail.com
3 Enfermeira, mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFRN, bolsista CAPES. E-mail: rhayssa.noe@hotmail.com
4 Enfermeira, doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFRN, bolsista CAPES. E-mail: gabrielasmm@hotmail.com
5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Professora adjunta Do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: isabellekfc@yahoo.com.br
6 Enfermeiro, Pós-Doutor em Enfermagem, Professor Titular Departamento de Enfermagem/UFRN, Pesquisador do CNPq (PQ2).

**Objetivo:** Descrever a avaliação laboratorial e complementar realizada em Potenciais Doadores (PDs) de órgãos e tecidos para transplantes. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo realizado em seis unidades hospitalares de Natal/RN, entre agosto de 2010 a fevereiro de 2011. A população foi constituída por 65 PDs. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP/HUOL), as informações foram coletadas, analisadas pela estatística descritiva. **Resultados:** Dos 65 PDs, 89,2% realizaram a tipagem sanguínea, 80,0% testes hematológicos e verificação dos eletrólitos, cada. Quanto às funções, 70,8% realizaram exames para a verificação da função pulmonar e 80,0% para a função renal. Das alterações detectadas, 69,2% apresentaram hiperóxia, 66,2% leucocitose, 47,7% hipernatremia, 43,1% elevação na CPK, 10,0% com sorologia positiva. **Conclusão:** O conhecimento das alterações laboratoriais pela equipe de saúde

permite uma melhor assistência ao potencial doador estabelecendo uma melhor manutenção dos órgãos e tecidos para transplante.

**Descritores:** Enfermagem, Obtenção de tecidos e órgãos, Morte Encefálica.

# PERFIL DE POTENCIAIS DOADORES SEGUNDO A EFETIVIDADE DA DOAÇÃO

# PROFILE OF POTENTIAL DONORS BY THE EFFECTIVENESS OF DONATION

# PERFIL DE LOS DONANTES POTENCIALES DE LA EFICACIA DE LA DONACIÓN

ARAÚJO, Rhayssa de Oliveira e1
FREIRE, Izaura Luzia Silvério2
VASCONCELOS, Quinidia Lúcia Duarte de Almeida Quithé3
MELO, Gabriela de Sousa Martins4
COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes5
TORRES, Gilson de Vasconcelos6

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: rhayssa.noe@hotmail.com
2 Enfermeira. Professora Mestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRN. E-mail: izaurafreire@hotmail.com
3 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: quinidia@hotmail.com
4 Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista CAPES. E-mail: gabrielasmm@hotmail.com
5 Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem e colaboradora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: isabellekfc@yahoo.com.br
6 Enfermeiro. Pós-doutor em enfermagem. Professor Titular do Departamento de Enfermagem e dos Programas de Pós-graduação em Enfermagem e do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Pesquisador CNPq PQ2. E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com

**Objetivo:** Descrever o perfil dos potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes segundo a efetividade da doação. **Método:** Estudo descritivo, transversal e quantitativo, realizado em seis hospitais de Natal/RN, entre agosto de 2010 e fevereiro de 2011, com 65 potenciais doadores. **Resultados:** Entre os potenciais doadores, verificou-se predominância de não doadores (72,3%), sexo masculino (50,8%), faixa etária até 45 anos (53,8%), ensino fundamental (60,0%), raça parda (61,5%), solteiros/viúvos/divorciados (56,9%), com profissão (86,2%), renda familiar de até três salários mínimos (81,5%) e residente na região metropolitana (52,3%). Internaram-se em hospitais públicos (86,2%), na unidade de terapia intensiva (64,6%), diagnóstico de acidente vascular encefálico (50,8%). A maioria dos familiares desconhecia o seu desejo quanto à doação (83,1%). Nas doenças preexistes, prevaleceu a hipertensão arterial sistêmica (36,9%). **Conclusão:** O conhecimento desse

perfil garantirá maior envolvimento entre os profissionais e familiares com reflexos na qualidade dos cuidados e no número de doações.

**Descritores:** Doadores de órgãos; Obtenção de tecidos e órgãos; Enfermagem.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# PERCEPÇÃO DOS PACIENTES ACOMETIDOS PELA LEUCEMIA

# PERCEPTION PATIENTS AFFECTED BY LEUKEMIA

# PERCEPCIÓN PACIENTES AFECTADOS POR LA LEUCEMIA

GALVAN, Daglie Carla1
KAUFMANN, Gracieli2
BRUSTOLIN, Angela Maria3
ASCARI, Rosana Amora4

1 Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem com Ênfase em Saúde Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. E-mail: dagui_galvan@hotmail.com.
2 Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem com Ênfase em Saúde Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. E-mail: gracieli.kaufmann@hotmail.com.
3 Enfermeira, Especialista em Oncologia. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.
4 Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

**Objetivo:** investigar a percepção que o paciente adulto com leucemia atribui sobre o processo de internação hospitalar e enfrentamento da doença. **Métodos:** trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa descritiva, por meio de entrevista semi estruturada para posterior categorização e análise de conteúdo conforme Minayo. **Resultados:** Através da análise de conteúdo emergiram quatro categorias, sendo elas: Reconhecimento de sinais e sintomas da leucemia; Sentimento frente a doença; Enfrentamento da doença e do processo de internação; e Mudança dos hábitos de vida. **Conclusão:** Conhecer as várias faces da leucemia possibilita aos profissionais de saúde, o desenvolvimento de uma assistência adequada e humanizada a esta população que necessita de cuidados de alta complexidade e políticas públicas eficazes para sua detecção precoce, bem como a busca de rede de apoio para o atendimento do paciente e da família.

**Descritores:** Percepção; Leucemia; Enfermagem.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# REDES DE ATENÇÃO ENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

# NETWORKS INVOLVED IN CALL ATTENTION TO WOMEN IN THE STATE OF VIOLENCE

# REDES SOCIALES IMPLICADOS EN LLAMAR LA ATENCIÓN A LA MUJER EN EL ESTADO DE LA VIOLENCIA

BORGES, Tatiane Angélica Phelipini1
POLL, Marcia Adriana2
SILVA, Kelen Fabiana da3
BAUMGART, Diana4
MAYER, Barbara Letícia Dudel5
WEILLER, Teresinha Heck6

1 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Bolsista do Programa de Extensão Universitária MEC/ SESu (PROEXT MEC/SESu). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf – FORS). E-mail: tphelipini@hotmail.com
2 Enfermeira, Mestre em Enfermagem PPGEnf /FURG. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Coordenadora do projeto PROEXT/Mec 2013 - Programa de Extensão Universitária MEC/SESu. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf – FORS). E-mail: adripoll@hotmail.com
3 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Bolsista do Programa de Extensão Universitária MEC/ SESu (PROEXT MEC/SESu). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf – FORS).
4 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Bolsista do Programa de Extensão Universitária MEC/ SESu (PROEXT MEC/SESu). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (GEPEnf – FORS).
5Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Rio Grande do Sul, Brasil
6 Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: weiller2@hotmail.com

**Objetivo:** Conhecer o perfil das mulheres agredidas em uma região da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, a fim de dar suporte a estruturação da rede de atendimento a estas vítimas. **Método:** Pesquisa quantitativa, desenvolvida em Pronto Socorro, com 68 vítimas no período de janeiro a junho de 2012. A coleta foi por meio dos registros das Fichas Ambulatoriais, analisadas pelo programa *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS®). **Resultados:** A idade com maior prevalência foi entre 20 e 29 anos, a maioria dos registros não constavam o agente agressor, seguidas do cônjuge. Os motivos de atendimento foram

as agressões de ordem física. Entre as morbidades destacaram-se as lesões cortantes, seguidas de um encaminhamento a terapia Intensiva e um óbito. **Conclusões:** Ressalta-se a importância de aprimorar a busca, a identificação e a rede de atendimento, atentar para a realização dos registros e apontar a incipiência de estudos em áreas de fronteiras.

**Descritores:** Violência contra a Mulher; Assistência à saúde; Emergências; Políticas públicas.

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
IX SEMANA DE ENFERMAGEM
Universidade Federal de Santa Maria
25 a 27 de setembro de 2013
Park Hotel Morotin, Santa Maria – RS

# DISCUTINDO COM OS PROFESSORES A SAÚDE MENTAL DOS JOVENS QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA (VD)

# ARGUING WITH TEACHERS THE MENTAL HEALTH OF YOUNG SUFFERED DOMESTIC VIOLENCE (DV)

# DISCUTIENDO CON PROFESORES LA SALUD MENTAL DE JÓVENES VIOLENCIA DOMÉSTICA EXPERIMENTADO (DV)

ROSSATO, Verginia Medianeira Dallago1
RAMOS, Nara Vieira2
SOARES, Félix Alexandre Antunes3
GONÇALVES, Jana Rossato4

1 Drª em Educação e Ciências: Química da Vida e Saúde pela UFSM, Enfª do Núcleo de Vigilância Epidemiológico Hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria-RS (NVEH/HUSM). Email: vmrossato@yahoo.com.br
2 Drª em Educação pela UFRGS, Professora Adjunta do CE-UFSM.
3 Dr em Ciências Biológicas: Bioquímica pela UFRGS, Prof. Adjunto do Departamento de Química da Universidade Federal de Santa Maria-RS-UFSM.
4 Graduada em Comunicação Social – Relações Públicas, pela UFSM, Mda do PPG da Extensão Rural/UFSM.

**Introdução:** A violência é parte intrínseca da vida social e resulta das relações, da comunicação e dos conflitos de poder. **Objetivo:** Com isso, a problemática da pesquisa teve como objetivo averiguar a percepção que os professores têm da saúde mental dos estudantes de escolas públicas estaduais, que sofrem Violência Doméstica (VD) e refletir sobre a influencia destas vivências no cotidiano escolar. **Método:** O estudo constou da devolução dos resultados aos professores de pesquisa realizada com jovens que cursavam o ensino médio em escolas públicas de Santa Maria/RS. A metodologia utilizada foi de cunho qualitativa, abrangendo um total de 74 docentes, distribuídos em 6 escolas. **Resultados:** Nos resultados, os educadores evidenciaram a existência da violência psicológica sofridas pelos alunos, relataram experiências de enfrentamento diante dos problemas trazidos pelos jovens que sofrem violência e acreditam que na família esteja a origem dos problemas. **Considerações Finais:** Entendemos que no processo das relações interpessoais, a Resiliencia e a Comunicação Não Violenta (CNV), possam favorecer relações respeitosas, contribuindo para a Saúde Mental e para a construção da paz.

**Descritores**: Violência Doméstica; Saúde Mental; Professores.